



”Hvilke kunnskapsmessige utfordringer ligger i sykepleiernes arbeid på en korttidsavdeling i sykehjem”

Karin Ravn Pedersen

Mastergradsoppgave i helsefag

Institutt for helse - og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

August 2012

Forord

Når jeg nå er kommet til studiens ende er jeg både glad, lettet og stolt. Det har vært en inspirerende reise inn i den akademiske verden.

Jeg vil først og fremst takke mine informanter som kunne stille opp som deltagere i intervjuene. Uten dere hadde studien ikke blitt en realitet.

Takk til min veileder førsteamanuensis Siri Moe, Universitetet i Tromsø, for nyttige innspill og god veiledning gjennom hele skriveprosessen.

Takk til ledelsen ved min arbeidsplass for tilrettelegging og velvilje underveis i min studie. Takk til mine kollegaer som har vært fantastisk gode støttespillere og diskusjonspartnere.

Takk til kloke medstudenter for inspirasjon og oppmuntring. En spesiell takk til Ankie og Monica for meget godt samarbeid gjennom hele prosessen.

Takk til min nærmeste familie som har vært tålmodige i en periode med både glede og frustrasjon.

Karin Ravn Pedersen

Sammendrag

Sykehjemmene har endret funksjon og arbeidsoppgaver de seneste årene. Fra å være hjem for syke eldre, har sykehjemmene nå ansvar for etterbehandling, rehabilitering og palliativ omsorg. De fleste sykehjem har opprettet korttidsavdelinger eller intermediære enheter som skal ivareta disse oppgavene. Hensikten med min studie har vært å undersøke hvilke utfordringer noen sykepleiere erfarte i sin arbeidshverdag ved en korttidsavdeling. Med kunnskapsformer som teoretisk bakteppe har studien hatt spesielt fokus på sykepleiernes beskrivelse av kunnskapsmessige utfordringer i sitt arbeid ved korttidsavdelingen.

Mitt forskningsspørsmål er formulert som ; Hvilke kunnskapsmessige utfordringer ligger i sykepleiernes arbeid ved en korttidsavdeling i sykehjem.

Studien har et kvalitativ design med fokusgrupper som datasamlingsmetode. Totalt åtte sykepleiere deltok i to fokusgruppeintervju. Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet i analysen av materialet.

Studien viser at korttidsavdelingen får overført stadig mer behandlingskrevende pasienter med stor grad av sykелighet og mange sammensatte diagnoser. Det stiller krav til at sykepleierne innehar et vidt spekter av kunnskap. Rammefaktorene ved korttidsavdelingen påvirket sykepleiernes arbeidssituasjon. Lav legedekning, lav bemanning, innleie av ufaglærte og mangel på tid var forhold som ble fremhevet. I det daglige arbeidet var sykepleierne ofte alene om å gjøre vurderinger og utøve faglig skjønn, og de måtte være trygge i rollen som sykepleiere. Sykepleiernes organisatoriske kompetanse ble benyttet i forhold til ledelse og oppgavefordeling, og forståelse av korttidsavdelingen som en del av en større kontekst. Studien viser også at erfaring og kyndighet er en forutsetning for at sykepleierne ser på korttidsavdelingen som en spennende arbeidsplass. Det har betydning i forhold til hvordan det er mulig å rekruttere sykepleiere uten lang arbeidserfaring til korttidsavdelingen.

Søkeord: Sykehjem, korttidsavdeling, kunnskap, skjønn, organisatorisk kompetanse, sykepleiernes arbeidssituasjon

Summary

The functions of nursing homes have changed during recent years. The ward has gone from being a home for sick elderly people to a ward which is responsible for post treatment care, rehabilitation and palliative care. Most nursing homes offer a short term unit, or an intermediate unit, which cater for these needs. The purpose of my study has been to look closer at what kind of challenges certified nurses encounter during a normal working day at the short-term unit. With various forms of knowledge as a theoretical background, the study has had special focus on the knowledge based challenges certified nurses experience in their work at the short-term unit.

My research question is therefore; Which knowledge based challenges are part of the nurses work at the short-term units in nursing homes.

The study has a qualitative design using focus groups as a tool for collecting data. Eight nurses in total took part in two focus group interviews. When analysing the data I used qualitative content analysis.

The study shows that short-term wards within nursing homes gets transferred more and more patients with a higher degree of morbidity, possessing multiple and complex conditions and thus requiring a higher level of care and treatment. This requires that nurses possess a wide range of knowledge. The everyday work environment is influenced by the structure and frame factors of the short-term ward. Low medical coverage, understaffing, hiring of unskilled labor and lack of time were factors that were highlighted by the nurses interviewed. In day to day work the nurses was often alone in making assessments and exercising professional judgment, and they therefore had to be confident in their role as nurses. The nurses' organizational skills were relied upon in relation to management and task allocation and in the overall understanding of the short-term department as part of a larger context.

The study also shows that experience and knowledge is essential in regards to viewing the short-term ward as an exciting place to work. This is an important in understanding how to recruit nurses without significant work experience to short-term wards.

Keywords: Nursing home, short-term ward, intermediary ward, knowledge, judgment, organizational skills, nurses working conditions

Innhold

1	Innledning	1
1.1	Tidligere forskning	4
1.2	Hensikten med studien.....	10
1.3	Strukturen i oppgaven.....	11
2	Kunnskapsteoretisk perspektiv.....	13
2.1	Påstandskunnskap	13
2.2	Ferdighetskunnskap	14
2.3	Fortrolighetskunnskap	15
2.4	Skjønn	17
2.5	Kompetanse	18
2.5.1	<i>Klinisk kompetanse</i>	19
2.5.2	<i>Organisatorisk kompetanse</i>	19
2.6	Kunnskapsutvikling	20
2.7	Oppsummering av analytiske begreper	22
3	Metode	23
3.1	Metodologisk perspektiv	23
3.2	Fokusgrupper som datasamlingsmetode.....	24
3.3	Utvalg og rekruttering av informanter	25
3.4	Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene	28
3.5	Analyse	29
3.6	Etiske overveielser.....	33
4	Presentasjon av materialet	35
4.1	Om korttidsavdelingen	35
4.2	Pasientrettede utfordringer	36
4.2.1	<i>Ferdigbehandlet fra sykehuset, men trenger videre behandling</i>	36
4.2.2	<i>Vedtak og videre oppfølging i korttidsavdelingen</i>	38
4.2.3	<i>Avdekker feil og mangler</i>	40
4.2.4	<i>Rehabilitering krever oppfølging over tid</i>	42
4.2.5	<i>Samarbeid med andre yrkesgrupper og instanser</i>	44
4.2.6	<i>«Lindrende senger» og dødsfall</i>	45
4.3	Sykepleiernes arbeidshverdag	47
4.3.1	<i>Utfordringer i forhold til økt pasientantall</i>	47
4.3.2	<i>Bemanning og sykepleierne «på topp»</i>	48
4.3.3	<i>Sykepleiefaglige utfordringer og mangel på tid</i>	51
4.3.4	<i>Tilgjengelig lege</i>	53
4.4	Faglig utvikling.....	54
4.4.1	<i>Spennende arbeidsplass</i>	54
4.4.2	<i>Lærer av hverandre</i>	56
4.4.3	<i>Rapporten som læringsarena</i>	58
5	Diskusjon.....	60
5.1	Korttidsavdelingens oppgaver	60
5.1.1	<i>Videre behandling og rehabilitering</i>	61
5.1.2	<i>Palliativ behandling</i>	63
5.2	Sykepleiernes utfordringer	64

5.2.1	<i>Bemanning og praksisfellesskapet</i>	64
5.2.2	<i>Tidsmangel</i>	66
5.3	Kunnskapsutvikling	68
5.3.1	<i>Uformell læring</i>	68
5.3.2	<i>Formell læring</i>	70
5.4	Rekruttering	71
5.5	Studiens troverdighet og overførbarhet	72
6	Avslutning	75
7	Litteratur	77
Vedlegg 1	.....	A
Vedlegg 2	.....	B
Vedlegg 3	.....	C
Vedlegg 4	.....	D
Vedlegg 5	.....	F

1 Innledning

Denne oppgaven handler om hvordan sykepleiere opplever sin arbeidssituasjon ved en korttidsavdeling i et sykehjem, og hvilke krav det stiller til sykepleiernes kunnskaper.

Sykehjemmene har de siste årene vært gjennom en rekke store endringer, både i forhold til finansiering og lovregulering, men også innen intern organisering og innhold. Det betyr at sykehjemmene i stadig større grad har fått oppgaver som stiller nye kunnskapskrav til personalet, og spesielt hos sykepleiere.

Helse og omsorgsdepartementet kom i 1999 med veilederen «Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester». I et av punktene står det at sykehjemmene må styrke sin rolle som aktivt behandlingssted, og gi tilbud om korttidspleie (Kvaase, 1999). De fleste sykehjem er de siste årene blitt institusjoner som både fungerer som hjem for svært pleietrengende pasienter og med tilbud om korttidsbehandling. I følge stortingsmelding 25 (2006) «Mestring, muligheter og mening – fremtidas omsorgsutfordringer» kan korttidsplasser i sykehjem benyttes til medisinsk behandling ved akutt sykdom, utredning og observasjon, korttidspleie for kronisk syke, etterbehandling og rehabilitering¹ etter sykehusopphold og omsorg ved livets slutt. Organiseringen av korttidsavdelinger har blitt noe forskjellig ut fra behovene i den enkelte kommune. Noen kommuner har i samarbeid med spesialisthelsetjenesten opprettet intermediære avdelinger² (Garåsen, Kaasa, Røstad, & Broen, 2005). De skiller seg fra ordinære korttidsavdelinger ved at pasientene får videre behandling på kommunalt nivå, og at avdelingene er oppjustert i forhold til bemanning og utstyr.

¹ Rehabilitering kan defineres som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet» (St.meld.nr.47 (2008-2009), 2009).

² Intermediære avdelinger er en mellomting mellom en sengepost på sykehus og en sengepost på et kommunalt sykehjem. I de fleste tilfeller er intermediæravdeling drevet i samarbeid mellom kommune og helseforetak (Løkta. Interkommunal kvalitetsutviklingsenhet for helse- og sosialtjenesten i Midt-Troms, 2011 s. 9)

Korttidsavdelinger i sykehjem kan være delt opp i spesialiserte enheter med tilbud om avlastning, rehabilitering, opptrening og lindrende behandling. Avlastning skal være et tilbud til pårørende med omfattende omsorgsoppgaver som trenger avlastning over kortere tidsperioder. Dette tilbudet kan bidra til at behovet for permanent langtidsplass utsettes. Rehabilitering forutsetter målrettede tiltak fra flere aktører, mens opptrening skiller seg fra rehabilitering ved at fokus er gjenvinning av funksjon eller trene opp en skadet kroppsdel. Opptrening kan være en viktig del av rehabiliteringsprosessen. Lindrende eller palliativ behandling omfatter pleie, omsorg og behandling til alvorlig syke og døende pasienter med kort forventet levetid. Målet er best mulig livskvalitet i den siste fasen i livet både for pasienten og pårørende.

Stortingsmelding nr 47 som omhandler Samhandlingsreformen ble vedtatt i juni 2009. Første del av reformen ble satt i verk fra januar 2012, og videre innføring skal foregå i løpet av en fire års periode. Hovedbudskapet her er at vi må få mer helse igjen for hver krone vi bruker til helsetjenester, og redusere veksten i spesialisthelsetjenesten. Målet er å flytte en større del av ansvaret for helsetjenestene til kommunene, og at det skal lønne seg for sykehus og kommune med et tettere samarbeid (St.meld.nr.47 (2008-2009), 2009). Konssekvensene av dette er at kommunen får økt ansvar for pasienter som har komplekse behov i forhold til videre behandling og rehabilitering.

Disse endringene av sykehjemmenes oppgaver og ansvar stiller krav til at personalet i kommunehelsetjenesten og sykehjemmene har de nødvendige kunnskaper for å kunne ivareta pasienter med de ulike behov. I veilederen «Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester» (Kvaase, 1999) er det tatt med en vurdering av kompetansemessige utfordringer og der står at *«til nå er de komplekse oppgavene i liten grad blitt fulgt opp med tilsvarende oppjustering av kompetanse»*. Stortingsmelding 25 (2006) presiserer også at i og med veksten av antall eldre med sammensatte lidelser har tjenestene store utfordringer, både bemanningsmessig og faglig. Den største utfordringen fremover blir å sikre tilgang på tilstrekkelig antall personell. Der poengteres det at en forutsetning for at korttidsplasser kan benyttes, er at det medisinske tilbudet er godt og tilstrekkelig.

Samhandlingsreformen (2009) fremhever behovet for nødvendig kunnskap og kompetanse for at kommunene skal kunne håndtere de økte utfordringene.

«Mange helse og omsorgsoppgaver vil til enhver tid ligge i grenselandet mellom kommune helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og må løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig faglig kompetanse er en av hovednøkklene» (s. 26).

Der fremkommer også at en forutsetning for at reformen skal lykkes er at det må arbeides med personalets kompetanse. En viktig faktor for å sikre god kvalitet i kommunens pleie og omsorgstjeneste vil være å rekruttere og beholde personell. I samhandlingsreformen poengteres det at noen av virkemidlene er gode faglige arbeidsmiljø, god grunnbemanning, hensiktsmessig sammensetning av bemanning, god ledelse og muligheter for faglig utvikling (s. 125).

Sykehjemmene har over lang tid hatt mange utfordringer i forhold til bemanning og kompetanse. Stortingsmelding 25 « Mestring, muligheter og mening» (2006) beskriver utfordringene i omsorgstjenesten i forhold til lav andel høyskoleutdannet personell, høy andel ufaglært personell og omfattende bruk av deltidsstillinger. Det står også at utfordringene i omsorgstjenesten krever løsninger som knyttes til økning av kapasiteten og heving av kompetansen.

Flere studier peker på at det å jobbe på sykehjem er blitt mer krevende enn tidligere og at det er behov for mye forskjellig kompetanse hos sykepleierne. Dette gjelder for alle vestlige land. Hovedårsaken til dette er økt antall eldre med høy sykелighet og sammensatte behov (Carrier, Hansen, & Blakey, 2010; Räikkönen, Perälä, & Kahanpää, 2007). Sykehjemmene har nå fått et mye større ansvar for videre behandling av ulike grupper pasienter, og det stilles større krav til sykepleiernes kunnskaper for å kunne ivareta det økte ansvaret.

Jeg har mer enn 20 års erfaring som sykepleier i spesialisthelsetjenesten. Jeg så i løpet av årene en utvikling med betydelig kortere liggetid i sykehus, og overføringen av stadig mer behandlingstrengende eldre til sykehjem. De siste årene har jeg jobbet ved sykepleierutdanningen ved en høyskole der veiledning av studenter i praksis har vært en av mine arbeidsoppgaver. Gjennom å følge studentene i deres praksis ved sykehjem har jeg

også fått et innblikk i sykepleiernes hverdag ved korttidsavdelingen. Jeg oppfattet at sykepleierne måtte håndtere pasienter med mange ulike og komplekse problemstillinger. I min nåværende jobb på høgsolen ville korttidsavdelingen være interessant å se nærmere på i forhold til at studentene både gjennomfører deler av sin kliniske praksis der og at korttidsavdelingen kan bli deres fremtidige arbeidsplass.

1.1 Tidligere forskning

I søk etter tidligere forskning har jeg benyttet databasene BIBSYS, CHINAL, Scopus og Pubmed. Søkeord som jeg har brukt har vært en kombinasjon av «nursing homes» og «nurses knowledge», «competence», «competence development», «job satisfaction», «work conditions», «short-term ward» og «intermediate care». I forhold til at korttidsavdelinger kan ha flere funksjoner har jeg også søkt på artikler med søkeordene «nursing homes» og «rehabilitation», «palliativ care». Tilsvarende søkeord på norsk ble benyttet i Swemed+.

I presentasjonen av forskning har jeg først tatt for meg studier som beskriver «utskrivningsklare» pasienter, og overføring av pasienter fra sykehus til sykehjem for blant annet rehabilitering. Videre har jeg sett på hva noen har beskrevet som sykepleiernes faglige utfordringer ved å jobbe på sykehjem. Kompetanse og kompetanseutvikling i sykehjem er studert av flere, og også den muntlige rapporten som arena for kompetanseutvikling.

Mange av pasientene som fra sykehusets side defineres som ferdigbehandlet eller «utskrivningsklare», overføres fra sykehus til korttidsavdeling ved sykehjem for videre behandling og rehabilitering (Hofstad & Norvoll, 2003). Tingvoll et al (2010) peker på utfordringer i forhold til ulike tradisjoner og kultur i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Sykehusenes fokus på behandling og sykehjemmenes omsorgsfokus vil kunne føre til brudd i behandlingskjeden og reinnleggelser. Danielsen og Fjær (2010) mener at de ulike organisatoriske system representerer ulike måter å møte syke eldre mennesker med sammensatte behov. De hevder at det er utfordringer i forhold til forståelsen av de ulike omsorgsnivåene ved sykehus og i sykehjem. I deres studie ble også poengtert viktigheten av kunnskapsoverføring av pasientens tilstand og hjelpebehov ved overflytting mellom

nivåene. Dårlige kommunikasjonsrutiner ved overflytting mellom sykehus og sykehjem kan i følge studien medføre risiko for at viktige opplysninger om pasienter ikke blir videreformidlet.

Mood (2009) har i sin masteroppgave fokusert på sykepleiernes rolle i forhold til korttidsavdeling som rehabiliteringsarena. Hun skriver at rammevilkår som blant annet økonomi og bemanning er styrende i forhold til sykepleiernes muligheter til å delta i rehabiliteringsprosesser. Sykepleiefaglig kompetanse i kottidsavdelinger brukes, i følge Mood, på en lite hensiktsmessig måte, og de opplevde dilemma i forhold til at administrative og organisatoriske oppgaver måtte prioriteres opp mot blant annet rehabiliteringsoppgaver. Hun peker også på at sykepleierne opplevde det som et dilemma i forhold til hvilke pasienter de skulle prioritere når det var så mange ulike pasientgrupper i samme avdeling. Tingvoll og Sæterstrand (2008) mener at kommunene ikke prioriter tilbudet om rehabilitering godt nok. Det fremkom i deres studie at kommunale stillinger for ergoterapeuter, fysioterapeuter og aktivitører var reduserte eller lagt ned. I tillegg var det stort press på kommunene om å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus.

Otterstad og Sorteberg (2008) har sett på gruppen utskrivningsklare pasienter på sykehus, og hevder at det er en betydelig overføring av meget syke pasienter fra sykehus til sykehjem. De har sett på utskrivning av 752 pasienter til en kommune i sør Norge, og konkluderer med at mange av pasientene døde kort tid etter ankomst sykehjem. Dette kan bety at sykehusene vurderer dødssyke pasienter som utskrivningsklare. Flere studier viser at kommunene, og spesielt sykehjemmene, har fått et større ansvar for palliativ omsorg, og at det viser seg at personalet ikke har den nødvendige kompetansen for å kunne gi god nok omsorg ved livets slutt (Seymour, Kumar, & Froggatt, 2010; Steindal & Sørbye, 2010; Whittaker, Kernohan, Hansson, Howard, & McLaughlin, 2006).

Modellen med intermediære avdelinger blir benyttet i flere land og årsakene til at disse enhetene ble utviklet var kortere liggetid i sykehusene, økende antall eldre med kompleks behov, og ikke minst et ønske om å redusere kostnader (Plochg, Delnoij, van der Kruk, Janmaat, & Klazinga, 2005). Organisering av disse enhetene ser ut til å være noe forskjellig i de ulike land, og intermediær behandling kan være lokalisert i sykehus,

sykehjem eller i pasientenes hjem. Plochg et al (2005) har deltatt i en evaluering av en intermediær enhet i Nederland. I studien fremkommer det at avdelingen måtte ivareta pasienter med større behov for pleie og behandling enn det som var intensjonen. Ulike kulturer og kompetanse i sykehus og sykehjem ble også her fremhevet som et hinder for samarbeidet mellom de to nivåene. Her ble det også konkludert med at en slik avdeling krever et minimum av sykepleiere for å kunne gi pasientene pleie av god kvalitet. Det ble i denne artikkelen påpekt at det manglet sykepleiere, og at det var de ufaglærte som hadde ansvaret for den direkte pasientpleien.

I en SINTEF rapport fra 2003 ble sykepleiertjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien studert. Gjennom spørreundersøkelse og intervju så de blant annet på hva som var aktuelle helsetilstand for pasientene i sykehjem, og hva disse krevde av medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse. I deres kartlegging av pasientgruppene i ti langtidsavdelinger og korttidsavdelinger i sykehjem fremkom det at 95% av pasientene var 70 år eller eldre. Alle hadde oppfattende pleie og omsorgsbehov og hadde et sammensatt sykdomsbilde med stort omfang av sykелighet. Det ble i den samme rapporten oppgitt at på grunn av økningen i sammensatte sykdommer var det registrert et økt omfang av sykepleieprosedyrer og medisinsk behandling. Denne økningen var registrert de siste årene, spesielt i korttidsavdelingene, og kunne forklares med endringer i spesialisthelsetjenesten. Rapporten sier at denne endringen påvirker utformingen av korttidsavdelingene slik at disse får ansvar for mer aktiv behandling og at omfanget av spesialiserte sykepleieprosedyrer øker (Hofstad & Norvoll, 2003). Denne studien ble gjennomført for snart ni år siden, men det er grunn til å tro at den fortsatt er gyldig i forhold til dagens situasjon ved korttidsavdelinger i sykehjem.

Sykepleiernes arbeidssituasjon ved sykehjem er studert av flere (Hallin & Danielson, 2007; Hofstad & Norvoll, 2003; Ingstad, 2010; Karlsson, Ekman, & Fagerberg, 2009; Paulsen, Harsvik, Halvorsen, & Nygård, 2004; Slettebø et al., 2010; Tunedal & Fagerberg, 2001) der bemanning og tidspress er funnet som noen av faktorene som påvirker arbeidssituasjonen. I følge Hofstad og Norvoll (2003) ble grunnbemanningen i sykehjem oppgitt som for lav, andelen ufaglærte var høy, og spesielt var det lav sykepleiedekning på kvelder og i helger. I rapporten fremkommer det også at sykepleierne mente at tilstrekkelig

observasjoner av pasientene ikke var mulig i avdelinger med få sykepleiere. Spesielt på vakter der det var mange ufaglærte ble ikke viktige observasjoner videreformidlet til sykepleierne, fordi mange ufaglærte manglet nødvendig kompetanse. Ufaglærte var ikke beskrevet som en homogen gruppe, men besto både av dyktige og godt egnede personer, og personer som ikke hadde noe erfaring. I en SINTEF rapport (2004) er det sett spesielt på bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Der fremkommer at sykepleiere i sykehjem har mange funksjoner. De er delaktig i stell og daglige gjøremål og er en del av det de kaller «de utøvende hender». Sykepleierne utfører prosedyrer og arbeidsoppgaver som krever sykepleiefaglig kompetanse. I tillegg har sykepleierne ofte ansvar for å ivareta den faglige ledelsen, og i det ligger ansvar for etablere en kultur for kompetanseutvikling. I rapporten har de også vurdert kvalitet i tilbudet til sykehjemspasienter opp mot bemanning. Deres analyse tydet på at opplevelsen av å ikke realisere den kvaliteten de ønsker ikke skyltes for lite personell, men andre årsaker som blant annet manglende vektlegging av kompetanseutvikling og kollegial veiledning (Paulsen et al., 2004). Slettebø et al (2010) intervjuet seks leger og syv sykepleiere ved ulike sykehjem i sør og vest Norge, og fant at de erfarte utfordringer og dilemmaer i forhold til kliniske prioriteringer i sykehjem. Både legene og sykepleierne fremhevet behovet for økning i både antallet personell og mer kompetanse blant personalet.

Karlsson et al (2009) hevder det at det stilles store krav til sykepleiere på sykehjem om å inneha kunnskap og erfaring fra mange fagområder, og at det krevde mot å arbeide uten nærhet til lege. Sykepleierne i studien erfarte sin arbeidssituasjon som stressende, frustrerende og etisk utfordrende. I tillegg blir det i artikkelen fremhevet at sykepleierne ofte er alene med å ha fagkompetanse fordi mange ansatte ved sykehjem er ufaglærte. I følge Ingstad (2010) vil omsorgsidealet i sykepleieryrket kunne bli truet i forhold til det økte tidspresset sykepleierne opplever i sykehjem. Hun har sett på hvordan arbeidsforhold i sykehjem påvirkes med utgangspunkt i organisasjons endinger og New public management styring³. I hennes studie kom der frem at sykepleierne tyr til ulike strategier for å mestre de nye kravene. Det ene var at sykepleierne strekker seg stadig lengre for å kompensere for lav bemanning. Det andre som Ingstad påpeker er at enkelte sykepleiere justerer kravene til

³ New Public Management representerer en ny måte å styre på som et alternativ til tradisjonell offentlig administrasjon. Målet med reformene er å redusere offentlige utgifter, øke effektiviteten og forbedre kvaliteten på offentlige tjenester (Stamsø, 2009).

egen yrkesutøvelse i tråd med den faktiske ressurstilgangen. Noen av sykepleierne fjernet seg fra yrkets idealer fordi de ble umulig å forholde seg til. Dette mener hun kan være et resultat av at gapet mellom ressurser og oppgaver over tid har vært så stort at sykepleierne ikke er villige til å strekke seg lengre. En fare ved dette, sier hun, er at i stedet for å øke sin kompetanse og bidra til å utvikle sin arbeidsplass, blir fokuset kun på de oppgaver som må gjøres der og da.

Tunedal og Fagerberg (2001) viser til at lang og bred erfaring er viktige komponenter å ha med seg i arbeidet i eldreomsorgen. Erfaringen sammen med gode medisinske kunnskaper gir en personlig modenhet og trygghet i rollen som sykepleier. Den samme studien viser også at sykepleierne ofte er henvist til å klare seg selv og gjøre medisinske vurderinger, uten å ha noen å diskutere med. De påpeker også at undervisning av det øvrige personalet er en av sykepleiernes oppgaver i eldreomsorgen. Videre sier de at det kreves at sykepleierne har mye teoretisk og praktisk kunnskap gjennom sine oppgaver som arbeidsleder og veileder for personalet.

I en studie utført i Sverige (Hallin & Danielson, 2007) ble 15 sykepleiere intervjuet seks år etter de var ferdige med sin utdannelse. De beskrev sin arbeidssituasjon på den ene siden som krevende og på den andre siden som stimulerende, og utfordringen var å finne en balanse mellom disse forhold. Sykepleiernes beskrivelse av sitt daglige arbeid inneholdt flere stressende enn stimulerende arbeidssituasjoner. Hallin og Danielson fant at de faktorene som forårsaket stress var å stå overfor krav fra pasienter og kollegaer og at sykepleierne følte at de hadde for liten kontakt med pasientene, følelsen av utilstrekkelighet og usikkerhet. Sykepleierne fant sin arbeidssituasjon stimulerende hvis de opplevde god samhandling med pasientene, kontroll i en kaotisk hverdag og det å inneha nødvendige ferdigheter og kompetanse til å håndtere ulike situasjoner.

Kompetanseutvikling i sykehjem er et tema som er belyst i flere studier (Brenden, Storheil, Grov, & Ytrehus, 2011; Josefsson, Sonde, & Wahlin, 2007, 2008; Thidemann, 2005). Thidemann (2005) har i en studie sett på kompetanseutvikling blant sykepleierne der hun undersøkte ulike faktorer som hadde betydning for sykepleiernes utvikling av kompetanse. Hun fant at kompetanse erverves over tid, og at dialog med erfarne kollegaer i

praksisfellesskapet var av stor betydning. Hvis kompetansen i fellesskapet ikke ble benyttet godt nok, eller det ble mangelfulle muligheter for læring og faglig utvikling, kunne det bidra til at sykepleieren sluttet i jobben. Andre årsaker til at noen valgte å slutte i jobben var opplevelsen av tidspress ved at arbeidsoppgavene ikke var forenelige med tilgjengelige ressurser.

Brenden, Storheil, Grov og Ytrehus (2011) gjorde en studie ved to sykehjem med fokus på de ansattes perspektiv på kompetanseutvikling. Der kom det frem at det er behov både for generell og spesiell kompetanse. De uformelle læringsarenaene ble mest benyttet for å heve kunnskapsnivået. Den viktigste metoden var kollegaveiledning og læring i fellesskapet gjennom å lære av hverandre. Formelle læringsarenaer var mangelfulle og tilfeldig organisert. Fottland (2011) har i sin masteroppgave gjort tilsvarende funn der læringen i sykehjem ble beskrevet som tilfeldig og knyttet til daglig praksis.

Josefsson, Sonde og Wahlin (2007, 2008) har i to artikler presentert resultat fra en spørreundersøkelse der de så på sykepleiernes utdanning og syn på kompetanseutvikling i sykehjem. De sammenliknet svar fra sykepleiere som arbeidet på enheter for demente og generelle enheter. Spørreundersøkelsen omfattet svar fra 213 sykepleiere som jobbet i 60 kommunale institusjoner i en større svensk by. Sykepleierne som deltok i denne spørreundersøkelsen hadde gjennomsnittlig 18 års erfaring som sykepleiere og 8 års erfaring med å jobbe i eldreomsorgen. Svarene viste at sykepleierne ikke mente de manglet kompetanse innenfor de områdene det ble spurt om. Kompetansen omhandlet blant annet teoretisk kunnskap, praktiske ferdigheter, etikk, medikamenthåndtering og kontakt med pasientene. Muligheten for videre kompetanseutvikling ble beskrevet som lav. Halvparten av sykepleierne svarte at de ikke hadde fått tilbud fra arbeidsgiver om kompetanse økning.

Den muntlige rapporten har tradisjonelt vært en arena for muligheter til refleksjon og utvikling av kompetanse. Tidlig på 90 tallet studerte Hamran (1991) en sykehusavdeling og så blant annet på fellesskapsformer og samarbeid. Samarbeidet er en del av arbeidet, og det er en indre sammenheng mellom arbeidet som utføres overfor pasientene og organiseringen av arbeidet. Den muntlige rapporten, sier hun er, en av de tydeligste formene for arbeidsfellesskap og er med på å sikre kontinuitet i arbeidet. Rapportens

funksjon er flerdimensjonal. Det er både en overføring av kunnskap og informasjon og overføring av ansvar fra en vakt til en annen. Rapporten kan også, i følge Hamran, ha betydning for den sosiale verdsettingen gjennom utveksling av kunnskap og erfaringer.

Den muntlige rapporten som arena for utvikling av kunnskap og kompetanse er belyst av blant annet Skaalvik et al (2010). De har i en artikkel sett på den muntlige rapporten på sykehjem som mulig læringsarena for sykepleierstudenter i praksis. Gjennom observasjon og intervju fant de at det var store variasjoner mellom de ulike avdelingene i måten den muntlige rapporten ble gjennomført på. Ved enkelte avdelinger var rapporten kortfattet og dreide seg om formidling av korte beskjeder. Andre avdelinger hadde den muntlige rapporten som en diskusjonsarena med fokus på planlegging og sykepleiepraksis. Forfatterne konkluderer med at den muntlige rapporten er en betydelig læringsarena for studentene, men fremhever at noen faktorer må være tilstede. Det være seg pasientsentrert fokus, tilstrekkelig med profesjonelle diskusjoner, passende innhold og tid for gjennomføringen.

1.2 Hensikten med studien

Forskningen viser at sykehjemmene og kommunehelsetjenesten har fått økte oppgaver i forhold til behandling av eldre med mange og sammensatte sykdommer. Årsakene er endringer i spesialisthelsetjenesten med kortere liggetid og tidlig overføring av pasienter til kommunene. Denne endringen sees ikke bare i Norge, men i alle vestlige land. Behovet for nødvendig kunnskap hos sykepleierne i sykehjem er beskrevet i flere artikler. Samtidig viser forskningen at muligheten for kunnskapsutvikling i sykehjemmene er begrenset. Disse forholdene har betydning i forhold til kvaliteten på tjenestene og kan føre til etiske dilemmaer. For å avgrense min studie har jeg valgt å ikke fokusere på dette, men å få frem sykepleiernes opplevelse av sin arbeidshverdag der krav om kunnskap blir belyst gjennom et kunnskapsteoretisk perspektiv.

Jeg har funnet lite forskning som ser spesielt på sykepleiernes utfordringer ved å jobbe på korttidsavdelinger eller intermedieæravdelinger i sykehjem. Disse avdelingene skiller seg fra en ordinær sykehjemsavdeling fordi korttidsavdelinger har et mer definert ansvar for

blant annet rehabilitering av eldre etter akutte sykehusinnleggelser, samt avlastning og palliativ behandling.

Hensikten med min studie var å få innsikt i sykepleiernes arbeidssituasjon ved en korttidsavdeling i sykehjem der jeg spesielt ønsket å se på hvilke aspekter av kunnskap sykepleierne mente var viktige i sin arbeidshverdag for å kunne gjøre en faglig god jobb.

Mitt forskningsspørsmål har jeg formulert som:

Hvilke kunnskapsmessige utfordringer ligger i sykepleiernes arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling i sykehjem?

1.3 Strukturen i oppgaven

I kapittel 1 har jeg sett på hva ulike offentlige dokumenter sier om oppgavene til en korttidsavdeling i sykehjem, og hvilke utfordringer det stiller til kunnskap og kompetanse. Her har jeg også sett på noe av tidligere forskning som er gjort i forhold til sykepleiernes arbeidssituasjon ved sykehjem. Jeg har valgt forskning i forhold til sykepleiernes daglig utfordringer, kompetanseutvikling og forskning som går inn på de spesifikke oppgavene en korttidsavdeling har i forhold til rehabilitering og lindrende behandling. Forskingen som presenteres vil bli trukket videre inn i diskusjonen av mitt materiale. Videre har jeg beskrevet hva som er min bakgrunn for valg av tema og forskningsspørsmål.

I kapittel 2 kommer en presisering av kunnskapsteoretisk perspektiv der jeg tar med sentrale begreper som blir benyttet i analysen av studiens materiale.

Kapittel 3 gir en oversikt over metoden som benyttes for å gjennomføre studien. Her beskriver jeg metodologisk perspektiv og fokusgruppeintervju som datasamlingsmetode. Dette kapittelet gir leseren en oversikt over de valg jeg gjør med hensyn til analyse av data for å kunne vurdere studiens gyldighet og troverdighet. Kapittelet tar også med de etiske overveielser som er viktige i gjennomføringen av min studie.

Kapittel 4 består av presentasjon av funn. For å kunne presentere materialet på en oversiktlig måte, har jeg delt det inn i tre hovedtemaer med flere underpunkter. I presentasjonen av materialet trekker jeg inn relevante kunnskapsbegreper.

I kapittel 5 drøfter jeg videre mine funn opp mot kunnskapsteoretisk perspektiv, oppgavens problemstilling og tidligere forskning. I dette kapittelet tar jeg også med en vurdering av studiens gyldighet, troverdighet og overførbarhet.

Kapittel 6 er en avslutning med oppsummering av hvilke konsekvenser studiens funn har for praksis.

2 Kunnskapsteoretisk perspektiv

Forskning viser at kompleksiteten i sykepleiernes arbeidsoppgaver innebærer ulike former for kunnskap. Kunnskapsbegreper og de ulike former for kunnskap blir, som jeg ser det, det fremtredende perspektivet for å kunne analysere hva de faglige utfordringer sykepleierne møter til daglig i en korttidsavdeling på et sykehjem består av. Skjønn og kompetanse som begreper benyttes i forskning og i offentlige dokumenter. Innholdet i disse begrepene ønsker jeg derfor også å belyse videre i dette kapittelet.

Kunnskapsbegrepet er flerdimensjonalt og sammensatt, og det finnes mange begreper som beskriver ulike kunnskapsformer. Det er vanlig å skille mellom den teoretisk og den praktiske kunnskapen. Grimen (2008) referer til Ryles begreper som beskriver kontrasten mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Den teoretiske kunnskapen handler om å vite hva noe er, «knowing that», mens den praktiske kunnskapen derimot, handler om å kunne gjøre noe, «knowing how»(s. 76). Det finnes mange begreper som benyttes for å få frem hva praktisk kunnskap består av. Grimen nevner også blant annet «personlig kunnskap», «induktiv kunnskap», «vanemessig kunnskap» og «handlingskunnskap» som noen begreper.

Det kan imidlertid være problematisk å skille den teoretisk og praktisk kunnskap fordi teori og praksis er innvevd i hverandre. Johannessen (1999) beskriver tre aspekter ved kunnskap: påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. Disse aspektene av kunnskap er avhengig av hverandre. Påstandskunnskap er kjennskap til regler og teorier, samtidig som påstandskunnskap hviler på et fundament av ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap (s. 40).

2.1 Påstandskunnskap

Den teoretiske kunnskap er kunnskap for noen, den er den samme uavhengig av hvem som har den, hva den brukes til og hvem som besitter den (Grimen, 2008, s. 76). Kunnskapen er kontekstuavhengig og foranderlig ut fra utvikling av nye teorier og definisjoner. Den teoretiske kunnskapen kan også omtales som påstandskunnskap. Påstandskunnskapen lar seg uttrykke og artikuleres gjennom språk, og formuleres gjennom påstander.

Sykepleiernes påstandskunnskap vil blant annet være den naturvitenskapelige kunnskapen. Denne kunnskapsformen kan læres løsrevet fra den praktiske virkelighet og kan formidles teoretisk. Påstandskunnskapen er generell for flere objekter og den er abstrakt (Alvsvåg, 1997, s.144). Påstandskunnskapen er nødvendig kunnskap for å kunne begrunne og velge sine handlinger (Martinsen, 2005; Molander, 1996).

For å kunne gjennomføre en praktisk prosedyre må sykepleieren inneha påstandskunnskap på flere områder. Det kan eksemplifiseres til sykepleiepraksis ved for eksempel stell av et sår. Der vil sykepleierens påstandskunnskap være blant annet kunnskap om anatomi, fysiologi, patologi og hygiene.

2.2 Ferdighetskunnskap

Johannessen (1999) sier at den praktiske kunnskapen viser seg gjennom at den praktiseres, og gjennom ferdighet og fortrolighet. Han velger å skille mellom to aspekter ved praktisk kunnskap; ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap (s. 27).

Den praktiske kunnskapstradisjonen preges i følge Molander (1996) av deltagelse og dialog, forankring i tradisjoner og ledes fra spørsmål til svar gjennom ulike menneskelige aktiviteter. Praktisk kunnskap er kunnskap i handling eller en levende kunnskap i verden og har en forankring i levende tradisjoner (s. 68). Grimen (2008) sier den praktiske kunnskapen kjennetegnes ved at kunnskapen er personlig, tilhører den som besitter den, og er knyttet til de situasjonene hvor kunnskapen anvendes. I følge Grimen er kunnskapen indeksert i forhold til at kunnskapens form og innhold ikke kan løsrides fra den som har den, og preges av personen som besitter kunnskapen. Den er også situert i betydningen at kunnskapen knyttes til den aktuelle situasjonen som den anvendes i (s. 76). Det kan som jeg forstår det for eksempel være mulig å se hvem som har utført et sår skifte ved å se på måten bandasje er lagt på, eller at en seng blir reid på en bestemt måte, slik at man kan identifisere hvem som har vært på det aktuelle sykerommet.

Ferdighetskunnskap handler om å beherske ulike praktiske prosedyrer og utvikling av praktiske ferdigheter. Molander (1996) sier at en type av ferdighetskunnskap er den

instrumentelle kunnskap eller teknisk ferdighet som innbefatter generelle regler, teknikker og prosedyrer. Regler finnes som støtte for all virksomhet og ligger til grunn for videre begrunnelse av handling. Som grunnlag for regler finnes påstandskunnskapen. Rutiner, sikkerhet og kunnskap hører sammen og utvikles gjennom handlinger. Mye av kunnskap i handling er rutinemessig, og følger fastsatte regler og prosedyrer. Rutiner er en forutsetning for oppmerksomhet (s. 168). I følge Molander er ferdighetskunnskap et uttrykk for at man behersker et begrenset objekt, et fenomen eller en prosess, og at det er et forhold mellom subjekt og objekt. Han mener videre at ferdighetene er personavhengige og knyttet til avgrensede og konkrete gjøremål (s. 170).

Slik jeg forstår begrepet ferdighetskunnskap kan det knytte til utførelsen av ulike sykepleieprosedyrer. Som eksempel kan videreføres stell av et sår som gjøres ut fra en gitt prosedyre. Prosedyren sier noe om hvilket utstyr som skal benyttes for utførelsen av sår skiftet, og i hvilken rekkefølge de ulike delene av sår skiftet skal gjennomføres.

2.3 Fortrolighetskunnskap

Fortrolighetskunnskap ligger til grunn for handlinger gjennom forståelse og overblikk over situasjonen (Molander, 1996, s. 171). Praktisk kunnskap består av innøvde kroppslige ferdigheter, som beskrevet under ferdighetskunnskap, og fortrolighet med omgivelsene. Dette benevner Johannessen (1999) som fortrolighetskunnskap. Denne kunnskapen utvikles gjennom erfaring og refleksjon. Grimen (2008) sier den praktiske kunnskapen uttrykkes i handlingen gjennom bedømmelser, vurderinger og skjønn. For å kunne gjøre de riktige bedømmelser trengs det også påstandskunnskap. Fortrolighetskunnskapen læres og utvikles i praksis. Den utvikles når erfaringer bearbeides og når sykepleieren reflekterer rundt dem. Den enkelte situasjon som sykepleieren kommer opp i må overveies og vurderes. For å kunne gjøre det trengs det fortrolighetskunnskap og kyndighet (Alvsvåg, 1997, s. 142-144). Den kyndige praktiker skal, i følge Molander (1996), kunne håndtere situasjoner som personen ikke har vært i tidligere. Det være seg situasjoner som er unike gjennom ulik grad av usikkerhet og verdikonflikter (s. 135).

Slik jeg forstår Molander innebærer kyndighet alle aspekter av kunnskap: påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. For å videreføre eksemplet med skifte på et sår vil sykepleierens fortrolighetskunnskap være evnen til å vurdere situasjonen gjennom å se hele personen med såret. Vurderingen av såret bygger på erfaringer fra det hun har sett tidligere. Flere sanser tas i bruk gjennom å se og vurdere sårets utseende, lukte om det for eksempel er tilkommet bakterievekst i såret, kjenne om det er hevelser i området og samtidig ha en oppmerksomhet for pasientens reaksjoner.

Fortrolighetskunnskap har en taus dimensjon. Begrepet taus kunnskap stammer fra filosofen Polanyi som skriver om «*tacit knowing*» og «*we can know more than we can tell*» (Grimen, 2008; Molander, 1996). Kunnskapen finnes i handlinger og avgjørelser i sammenheng med dette. Det kroppslige og oppmerksomheten er i sentrum, det rette handlaget, blikket for hva som skal gjøres og når det skal gjøres. Den levende kunnskapen som bæres og ytrer seg i menneskelig liv og engasjement står i sentrum for den tause kunnskapen, ikke det nedskrevne og abstrakte (Molander, 1996, s. 38). Taus kunnskap kan i følge Molander beskrives som at vi kan kjenne igjen og gjøre ting uten å kunne fortelle om hvordan vi kjenner igjen eller hva vi gjør. Grimen (2008) hevder at mennesker tenker og handler ut fra hva de tror og kan. Han sier videre at diskusjonene om taus kunnskap handler om hvordan vi tenker og bedømmer på grunnlag av viten som enten ikke er verbalt artikulert eller som ikke kan artikuleres (s. 79). Kunnskap som ikke kan videreformidles med ord kan artikuleres gjennom handling og gjennom handlingen kan kunnskapen overføres mellom mennesker (s. 83).

Molander (1996) peker på at den kyndige praktiker kan reflektere, eksperimentere og improvisere i ukjente situasjoner. Den kyndige praktiker skal kunne håndtere situasjoner som preges av usikkerhet, instabilitet og etiske konflikter (s. 135). Han sier videre at den kyndige praktikers kunnskap – i – handling karakteriseres i følge Schön av refleksjon – i – handling. Den kyndige praktiker er oppmerksom i sin handling ved å ha beredskap for at det er flere alternativ for handlingen. Refleksjonen er en oppmerksomhet i situasjonen, og kan føre til en endring eller tilpassing av handling. Den kyndige praktiker ser på hver situasjon som unik og er forberedt på at det kan oppstå noe uventet (s.142-143). Refleksjon i handling vil som jeg ser det være knyttet til en situasjon, være individuell og uartikulert.

Refleksjon over handling er i følge Molander å kunne ta et steg tilbake for å kunne se og tenke over det man har gjort for å kunne få et perspektiv på en situasjon. Refleksjon danner grunnlag for justering av handlingen i en tilsvarende situasjon og er grunnleggende for videre kunnskapsutvikling. Refleksjon over handling skjer i en dialogisk prosess og er med på å skape ny mening eller forståelse av situasjonen (Molander, 1996).

2.4 Skjønn

Skjønn kjennetegnes i følge Grimen og Molander (2008) som en praktisk resonnering i forhold til hva som bør gjøres i konkrete enkelttilfeller der holdepunktene er svake (s. 179). De deler opp skjønn i strukturell og epistemisk kategori. Den strukturelle kategorien bygger på hvilke standarder beslutninger er underlagt, og hvem som har delegert myndighet til å utøve skjønn. Den epistemiske kategorien handler, i følge Grimen og Molander, om å kunne begrunne handlingen (s. 183). De sier videre at skjønn er resonnement om hva som bør gjøres i enkelttilfeller, og fremhever sykepleiernes arbeid der skjønn inngår i kravet om individualisering, om å gjøre det best mulig for den aktuelle pasienten i en bestemt situasjon. Skjønn inneholder i følge Grimen og Molander både førstepersons erfaring og lokale tradisjoner.

Faglig skjønn i sykepleiesammenheng vil si å handle klokt og hensiktsmessig i forhold til den enkelte pasienten (Alvsvåg, 2002, s. 208). Utøvelsen av skjønn stiller krav til at sykepleierne må inneha påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap for å være i stand til å forstå situasjonen og handle klokt og riktig. Martinsen (2005) hevder at bare sykepleiere med lang erfaring og med et reflektert forhold til påstandskunnskap, kan oversi regler og handle skjønnsmessig og engasjert i situasjonen (s. 155). Sykepleieren bedømmer den enkle pasientsituasjonen. De riktige og kloke bedømmelsene gjøres på grunnlag av erfaringer og gjenkjennelse fra liknende situasjoner, refleksjon i handling og med grunnlag av de ulike aspektene av kunnskap (Alvsvåg, 1997, s. 143). Faglig skjønn handler altså om å vurdere enkeltsituasjoner for å finne de beste og riktige måtene å handle på. Med utgangspunkt i kunnskap og samtidig ha en viss avstand til regler og normer, får skjønn rom til å utvikle seg. Alvsvåg (2002) poengterer at det gode skjønn

utvikles sammen med kolleger som rådfører seg med hverandre. Skjønnnet utvikles i kliniske situasjoner, i møte med pasienten, der sykepleieren reflekterer over sine handlinger og vurderinger. Gjennom diskusjoner finner man den beste måten å håndtere situasjoner på og skjønnnet blir ikke kun en subjektiv vurdering, men er forankret i et faglig fellesskap (s. 213).

2.5 Kompetanse

Kompetansebegrepet beskrives av flere som et komplekst og sammensatt begrep (Lai, 2004; Orvik, 2004; Skau, 2011). I følge Skau (2011) stammer begrepet kompetanse fra den latinske benevnelsen «competentia» som betyr sammentreff eller skikkethet. Kompetanse kan sies å være det en har av nødvendige kvalifikasjoner til å fylle en stilling og ivareta bestemte oppgaver. Kompetansebegrepet er kontekstuel og har kun mening i forhold til en oppgave, funksjon eller yrkesrolle (s. 57). Lai (2004) sier kompetanse består av samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger, og at dette utgjør kjernekomponentene i kompetansen. De ulike komponentene vil gli over i hverandre og sammen gi et uttrykk for personens kompetanse (s. 53).

Kompetanse vil som jeg ser det inneholde de ulike aspektene av kunnskap; påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. Kunnskapsformene knyttes til en spesiell kontekst som i min studie vil være sykehjemmets korttidsavdeling.

Kompetanseformene kan også, i følge Lai (2004), deles i den formelle og uformelle kompetansen. Den formelle kompetansen er den kompetansen som personen tilegner seg gjennom en utdanning, og består av påstandskunnskap og ferdighetskunnskap. Formell kompetanse er basiskompetanse og et grunnlag for videre kompetanseutvikling. Den uformelle kompetansen vil utvikles gjennom erfaringer fra arbeidsliv og andre arenaer. Til sammen utgjør den formelle og uformelle kompetansen personens realkompetanse (s. 55).

2.5.1 Klinisk kompetanse

Orvik (2004) referer til den kliniske sykepleiekompetanse som sykepleiernes kjernekompetanse. Den kliniske sykepleiekompetansen handler om å kunne yte direkte pasientomsorg, og blir brukt om den individuelle sykepleierens nødvendige basiskunnskaper og ferdigheter for å kunne utøve rollen som sykepleier. Sykepleiens kjernekompetanse eller særegne funksjon blir definert av Norsk Sykepleierforbund (2008) som

«..å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov».

Den kliniske kompetansen innebærer at sykepleierne har påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap for å kunne gjøre de nødvendige observasjoner hos pasientene. Det innebærer også å kunne forstå kroppens funksjoner, uttrykksformer og reaksjon på behandling. Uten den kliniske kompetansen vil sykepleieren kunne overse viktige pasientobservasjoner (Alvsvåg, 1997, s. 148). Gjennom erfaring i kliniske situasjoner lærer sykepleieren anvendelse av kunnskap, og utvikling av skjønn. Sykepleierens kliniske kompetanse kan også i følge Bjørk (2002) omfatte tre dimensjoner; omfang, handlinger og kvalitet. Omfanget beskriver hun som de ulike problemer, situasjoner, oppgaver og roller en kompetent sykepleier må kunne håndtere. Handlinger vil være de fremgangsmåtene som sykepleieren benytter seg av for å takle omfanget av oppgaver. Videre sier hun om den tredje dimensjonen som omhandler kvalitet at det handler om vurderinger av handlingens standard. Kvaliteten vil variere ut i fra om en sykepleier er nybegynner eller en kyndig praktiker (s. 198-199).

2.5.2 Organisatorisk kompetanse

Orvik (2004) peker på den organisatoriske kompetansen som en del av sykepleiernes kompetanseområder. Han mener at kompetanse består av noe mer enn individuell kunnskap. Kompetanse er kollektivt i den forstand at det er noe relasjonelt som binder sammen fagpersoner, fagmiljø, og organisasjon (s. 31). Den organisatoriske kompetansen er nødvendig for å styrke sykepleierens rolle som en del av organisasjonskonteksten, og for å kunne ha en kritisk og reflektert holdning til forvaltning av knappe ressurser innen

helsevesenet. Denne kompetansen, sier han, er todelt og består av organisasjonskompetanse og organiseringskompetanse.

Organisasjonskompetanse innebærer å forstå sykepleierens plass i organisasjonen. Dette medfører blant annet evne til argumentasjon og refleksjon rundt verdikonflikter.

Organisasjonskompetanse kan, i følge Orvik, være en form for kritisk kompetanse i forhold til rollen som pasientens advokat i møte med krav om produktivitet og tidsjag (s. 40).

Organiseringskompetanse handler om evne til organisering og ledelse av eget og andres arbeid. Sykepleiere som er dyktige og innehar stor grad av organiseringskompetanse kan fordele arbeidsoppgaver, fungere som arbeidsleder, beholde overblikk og oversikt, og kan koordinere tiltak og tjenester (s. 41).

Orvik sier videre at sykepleierne møter motstridene forventninger om både å være empatiske og effektive. Den organisatoriske kompetansen kan gjøre sykepleierne i stand til å se rollekonfliktene i et større perspektiv. Han påstår også at evnen til god organisering i tillegg til pasientrettet sykepleie bidrar til god omsorg til den enkelte pasient. Den organisatoriske kompetansen kommer i tillegg til sykepleiernes kliniske kompetanse.

Molander (1996) sier at overblikk er en del av fortrolighetskunnskapen og at denne kunnskapen også kan være virksomhetskritisk og samfunnskritisk (s. 266). Slik jeg forstår Molander er den organisatoriske kompetansen en del av fortrolighetskunnskapen.

2.6 Kunnskapsutvikling

Molander (1996) fremhever det kollektive og kulturens betydning for kunnskapsutvikling. Kulturen finnes i fellesskapet og preger handlinger og hvordan spørsmål stilles. Kunnskap i handling, sier han, utvikles og holdes levende i fellesskapet, i arbeidsdeling, og inngår i et større kunnskaps og kommunikasjonsfellesskap (s. 252). Kunnskapsutvikling er kollektiv gjennom dialogen, og Molander sier at individet ikke kan sies å ha eller ikke ha kunnskap, men gjennom dialogen deltar eller ikke deltar i kunnskap for å understreke fellesskapets betydning for kunnskapsutvikling. Levende kunnskap forutsetter at personene i fellesskapet har en interesse for kunnskaputvikling (s. 249) .

I følge Lai (2004, s. 153) dreier kompetanseutvikling seg om å oppnå eller forsterke læringen i en organisasjon. Kompetanseutvikling i en organisasjon vil dreie seg om valg og gjennomføring av tiltak for å dekke de ansattes læringsbehov ved bruk av ulike læringsmetoder. Det finnes mange ulike retninger og tradisjoner knyttet til læringsbegrepet isolert. Lai definerer læring i en organisasjon som tilegnelse av ny eller endret kompetanse i form av kunnskaper, ferdigheter eller holdninger, og som gir relativt varige endringer i personens adferds potensial (s. 155). Lai skiller her mellom ny kompetanse som i en sykepleiekontekst kan være å ta i bruk en ny type smertepumpe eller annet relevant utstyr. I følge Lai, kan endring av kompetanse være avlæring eller relæring gjennom endringer av holdninger eller justering av ferdigheter.

Læring i en organisasjon foregår gjennom uformell og/eller formell læring. Den uformelle læringen skjer gjennom det daglige arbeidet uten spesielle læringsmål, og kalles hverdags- eller erfaringslæring. Denne formen for læring er implisitt og foregår gjennom observasjon, dialog og diskusjon. At læringen er implisitt menes at den lærende vanligvis ikke er bevisst de læringsprosesser som finner sted. Observasjonslæring er læring i en sosial kontekst og påvirkes av samspill med andre. Læringen skjer gjennom observasjon av andre og helst erfarne medarbeidere (s. 157-159). Martinsen (2005) skriver om at sykepleie best kan formidles gjennom eksempler og forbilder. Den erfarne sykepleier viser den mindre erfarne godt håndlag og gode sykepleierholdninger, og dermed formidles den tause kunnskapen.

Læring gjennom dialog skjer primært mellom flere personer, men i følge Lai (2004) kan også dialogen indirekte foregå mellom en person og en tekst. Diskusjon som læringsform innebærer at man lærer å kritisk vurdere egne og andres argumentasjon (s. 159). Den formelle læringen skjer gjennom bedriftens planlagte undervisning og utviklingstiltak og kan være interne forelesninger, diskusjoner eller deltagelse på ekstern opplæring.

2.7 Oppsummering av analytiske begreper

Sykepleiere må inneha teoretisk kunnskap eller *påstandskunnskap* som er teorier og begrunnelsen for valg av handlinger. Den naturvitenskapelige kunnskapen vil være en del av sykepleiernes påstandskunnskap. Handlingene krever praktisk kunnskap i form av *ferdighetskunnskap* for å kunne utføre praktiske prosedyrer og beherske ulike instrumenter og utstyr. *Fortrolighetskunnskap* er nødvendig for å få oversikt, bedømme og håndtere de ulike komplekse situasjonene sykepleierne møter i sin arbeidshverdag. Denne formen for kunnskap utvikles i praksis gjennom refleksjon og erfaring. Ved bruk av *skjønn* som innbefatter de ulike aspekter av kunnskap, kan sykepleierne bedømme den enkelte situasjon, og vurdere hva som vil være det beste for den enkelte pasienten. *Kompetanse* er de kvalifikasjoner som nødvendige for å ivareta bestemte oppgaver, og vil også innbefatte de ulike aspektene av kunnskap. Sykepleiernes *kliniske kompetanse* knyttes til sykepleiernes funksjon i forhold til direkte pasientomsorg. Den kliniske kompetansen knyttes også til kunnskapsaspektene og de ulike problemstillinger som en erfaren sykepleier må kunne håndtere. *Organisatorisk kompetanse* består av *organisasjonskompetanse* som er en forståelse av sykepleiens plass i en organisasjon og *organiseringskompetanse* som er evne til blant annet ledelse og koordinering. *Kunnskapsutvikling* i en organisasjon kan foregå som formell og uformell læring.

Disse ulike analytiske begrep vil jeg benytte i analysen av mitt materiale.

3 Metode

3.1 Metodologisk perspektiv

For å få en innsikt i sykepleiernes kunnskapsmessige utfordringer i arbeide med korttidspasienter på sykehjemmet var en kvalitativ metode naturlig å benytte. Jeg ønsket å få frem sykepleiernes beskrivelse og forståelse av den virkelighet de erfarte i sitt daglige arbeid. Malterud (2011) sier at kvalitative tilnærminger egner seg godt for å utforske blant annet samhandling og holdning. Kvalitativ metoder kan bidra til å belyse mangfold og nyanser, og forskerens perspektiv vil avgjøre hvilke resultat og ny kunnskap som fremkommer av studien (Malterud, 2011). Min hensikt med studien var å få frem hvilke kunnskapsmessige utfordringer sykepleierne erfarte i arbeidet på en korttidsavdeling.

Mitt forskningsprosjekt hadde en hermeneutisk tilnærming gjennom tolking av intervjuetekstene. I følge Thagaard (2009) kan tolkning av intervjuetekster sees på som en dialog mellom forsker og tekst. Forskeren fokuserer på meningen som teksten formidler. Thagaard hevder at hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger ved fokusering på et dypere meningsinnhold enn det som fremstår som innlysende. Denne tilnærmingen vektlegger at det ikke finnes noen egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes ulikt, og kan bare forstås i lys av kontekst (s. 39). Kvale og Brinkmann (2009) skriver om hermeneutiske fortolkningsprinsipper at det er en kontinuerlig frem og tilbake prosess mellom deler og helhet, og viser til den hermeneutiske sirkel eller spiral. Med utgangspunkt i en naiv forståelse av en intervjuetekst som helhet, tolkes delene og gir en ny forståelse av helheten (s. 216).

Det er alltid viktig å tenke på sin egen forforståelse, og at også deltagerne i min studie hadde sin egen forforståelse rundt fenomenet. Malterud (2011) omtaler forforståelsen som det vi tar med oss inn i forskningsprosjektet av erfaringer, hypoteser, faglige perspektiv og teoretisk referanseramme. Her nevner Thagaard (2009) begrepet dobbel hermeneutikk, som innebærer at forskeren fortolker en virkelighet som allerede er fortolket av dem som deltar i studien. Min forskning har en hermeneutisk tilnærming gjennom en tro på at den

virkelighet som sykepleierne erfarer ved korttidsavdeling allerede er tolket, og at deltagerne har sin oppfatning av hvordan de utøver sitt arbeid med korttidspasienter.

3.2 Fokusgrupper som datasamlingsmetode

Ut fra min problemstilling valgte jeg å gjennomføre fokusgruppeintervju, og mente denne metoden best kunne belyse mitt forskningsspørsmål. Ved å samle flere sykepleiere til fokusgrupper ønsket jeg en diskusjon mellom sykepleierne omkring deres arbeidssituasjon, og på den måten få frem et rikere datamateriale enn hva som hadde vært tilfelle ved bruk av én til én intervju som datasamlingsmetode.

Fokusgrupper har tradisjonelt vært benyttet innen markedsføring og er første gang beskrevet på 1940 tallet. Først rundt 1980 ble fokusgrupper benyttet som metode innen sosiologisk forskning (Halkier, 2010, s. 12). Det å jobbe med fokusgrupper innebærer at man samler en gruppe mennesker som under et begrenset tidsrom diskuterer et gitt tema (Wibeck, 2000). Wibeck gjengir en definisjon på fokusgrupper som hun har hentet fra Morgan som sier at: «*Fokusgrupper er en forskningsteknikk der data samles inn gjennom gruppeinteraksjon rundt et emne som er bestemt av forskere*» (s. 23).

Gjennom fokusgruppeintervju kan deltakerne dra veksler på hverandre for å få frem erfaringer, samtidig som gruppen kan trekke frem perspektiver som jeg som forsker ikke har tenkt på (Halkier, 2010, s. 123). Forskjellen mellom gruppeintervju og fokusgruppeintervju er at gruppeintervju preges av spørsmål og svar mellom intervjuer og deltagerne, mens fokusgrupper er mer et samspill mellom intervjupersonene (s. 9). Metoden passer best i situasjoner der medlemmene er samkjørte og forutsetter at deltagerne har et felles grunnlag å diskutere ut fra (s. 90).

Fokusgrupper er først og fremst gode til å produsere data om sosiale gruppers fortolkninger, interaksjonen og normer. Halkier diskuterer ulike problemstillinger som kan være aktuelle når en fokusgruppe består av personer som har et nært forhold til hverandre og som deler samme kultur. Hun sier at der deltagerne kjenner hverandre kan de lett oppføre seg etter etablerte dominans relasjoner (s. 35). De med mest dominerende syn kan

lette prege diskusjonene, mens de som har andre meninger vil muligens vegre seg for å fremme disse (Thagaard, 2009, s. 90).

I et fokusgruppeintervju får forskeren som intervjuer rollen som guide – kalt moderator i diskusjonen (Halkier, 2010). I følge Halkier har moderator to oppgaver. Den ene er å få deltagerne til å snakke sammen, mens den andre er å håndtere den sosial dynamikken blant deltagerne (s. 57). Det anbefales at forskeren ikke gjennomfører et fokusgruppeintervju alene, og at en annen enn moderator er tilstede for å gjøre notater. Notatene kan dreie seg om oppfølging av temaet, og om gruppedynamikk (Polit & Beck, 2008).

Når det gjelder antallet i hver gruppe er der ulike anbefalinger i litteraturen. Polit og Beck (2008) sier at flere forfattere foreslår grupper med 6-12 deltagere. Hvis temaet er sensitivt er anbefalingen grupper med færre personer. Halkier (2010) sier at mindre grupper kan brukes ved studier av for eksempel arbeidsrutiner, og hvis man ønsker en dypere bearbeidelse av data med tanke på blant annet meningsdannelse. Wibeck (2000) anbefaler at deltagerantallet i en fokusgruppe ikke er færre enn fire og ikke mer en seks personer. Det er også ulike anbefalinger i litteraturen angående hvor mange fokusgruppeintervju man bør gjennomføre for at studien skal få en tilfredsstillende mengde materiale. Wibeck (2000, s. 49) sier at minst tre grupper er anbefalt. Halkier (2010) mener at antallet grupper kan variere mye fra prosjekt til prosjekt.

Stedet for gjennomføring av fokusgruppeintervju kan påvirke resultatene av intervjuet, og kan bety mye i forhold til om deltagerne ser det mulig å delta. (Halkier, 2010, s. 42). Polit og Beck (2008) trekker frem at det ideelle vil være å gjennomføre intervjuene på nøytral grunn, men samtidig lett tilgjengelig for alle.

3.3 Utvalg og rekruttering av informanter

Jeg planla å gjennomføre to fokusgruppeintervju med fire sykepleiere i hver gruppe. Jeg mente det var en stor nok gruppe for å få i gang en diskusjon mellom deltagerne. På grunn av at det var et begrenset antall sykepleiere som arbeidet ved korttidsavdelingen, mente jeg det var en mulighet for å rekruttere totalt åtte sykepleiere. Det begrensede omfanget av

oppgaven gjorde også at jeg ville holde meg til gjennomføring av kun to fokusgruppeintervju.

Jeg hadde som utvalgsriterium for deltagelse i studien at jeg ønsket sykepleiere i fokusgruppene som hadde arbeidet med korttidspasienter ved sykehjemmet i minimum ett år, og at jeg heller ikke ønsket å ha med ledere i fokusgruppene. Dette fordi jeg tenkte at en leder muligens ville fokusere på andre problemstillinger enn de andre sykepleierne i gruppa, og at lederen kunne innta en mer dominerende rolle. Det viste seg i starten av intervjuene at flere av deltagerne ikke kom inn under mine utvalgsriterier. To av deltagerne hadde ikke arbeidet på korttidsavdelingen lengre enn seks måneder. Det kom også frem under intervjuet at avdelingssykepleier på det tidspunktet var borte, slik at en av deltagerne hadde en lederfunksjon på dette tidspunktet. Jeg valgte likevel å gjennomføre intervjuene med disse deltagerne fordi det viste seg å være et lite antall sykepleiere som var aktuelle som informanter.

For å få tilgang til aktuelle deltagere i fokusgruppene tok jeg først kontakt med enhetslederen ved sykehjemmet per telefon. Jeg fortalte om mitt prosjekt, og spurte om hun kunne distribuere skriftlig informasjon om prosjektet, og spørsmål om deltagelse til sykepleierne som var tilsatt ved korttidsavdelingen. Enhetslederen sa seg villig til å gjøre dette, og jeg sendte et brev med informasjon om min studie, der blant annet utvalgsriterium var spesifisert (Vedlegg 1). Enhetslederen sendte så videre informasjonsbrev til ti sykepleiere (Vedlegg 2). Som vedlegg til informasjonsbrevet lå samtykkeskjema (Vedlegg 3) og ferdig frankert svarkonvolutt. De som kunne tenke seg å delta skulle returnere samtykkeskjemaet til meg innen en uke etter mottatt brev.

Etter kort tid fikk jeg svar fra fem sykepleiere som ønsket å delta i fokusgruppeintervju. Jeg kontaktet fire av de som hadde svart, fordi jeg hadde planlagt grupper med fire deltagere i hver gruppe. Den femte av sykepleierne som svarte skulle jeg kontakte for deltagelse i den andre fokusgruppen. Jeg fikk avtalt tidspunkt og sted for gjennomføringen av intervjuet. Når flere skiftarbeidere skal samles til et bestemt tidspunkt kan det by på utfordringer. Det viste seg at de som hadde fri den dagen eller hadde vært på dagvakt

ønsket at vi skulle møtes like etter arbeidstid. Når det gjaldt lokalisering valgte jeg å benytte et møterom på sykehjemmet. Det var det mest praktiske for alle deltagerne. Like før gjennomføringen av det første intervjuet fikk jeg melding fra en av deltagerne om at hun likevel ikke hadde mulighet for å delta på dette intervjuet, men kunne være med på det neste. De andre sykepleierne som skulle være med i intervjuet mente at det var en av sykepleierne som hadde vakt på dette tidspunktet som kunne rekrutteres. Hun hadde også fått informasjonsskrivet fra meg, og var informert om prosjektet. Denne sykepleieren sa seg villig til å komme med i fokusgruppen, og fylte ut samtykkeerklæringen like før intervjuet startet.

Det var ikke like enkelt å få nok informanter til å gjennomføre det andre fokusgruppeintervjuet. Jeg manglet lenge to deltagere, og sendte purring via enhetslederen ved sykehjemmet. Etter en telefonsamtale med henne kom det svar fra ytterlige to personer som sa seg villig til å være med i det neste fokusgruppeintervjuet. Jeg tok kontakt med alle via telefon og avtalte tid og sted for intervjuet. Da ble også møterommet ved sykehjemmet benyttet, og det passet også denne gangen best for alle å gjennomføre intervjuet like etter deltagernes arbeidstid.

Alderen på deltagerne i fokusgruppene var mellom 40 og 60 år. Tre av deltagerne i den første fokusgruppen hadde jobbet mellom 10 og 20 år som hjelpepleiere før de tok sin sykepleierutdanning. Tabellen nedenfor gir en oversikt over hvor lenge de hadde jobbet som sykepleiere og om de hadde noen form for videreutdanning.

		Erfaring som sykepleier (år)	Videreutdanning (ja/nei)
Fokusgruppe 1	Sykepleier 1	10	Nei
	Sykepleier 2	5-10	Nei
	Sykepleier 3	5-10	Ja
	Sykepleier 4	5-10	Ja
Fokusgruppe 2	Sykepleier 5	20-25	Ja
	Sykepleier 6	20-25	Nei
	Sykepleier 7	20-25	Nei
	Sykepleier 8	10	Nei

Tabell 1 Oversikt over informantene i de to fokusgruppene

3.4 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

I og med at intervjuene skulle gjennomføres etter noen av deltagerne arbeidstid valgte jeg å servere litt mat og drikke. Det var tydelig at deltagerne satte pris på dette, og jeg mener det bidro til at stemningen ble avslappet.

Jeg planla å selv inneha rollen som moderator, og hadde avtalt med en medstudent at hun skulle være min assistent under gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene.

Som en innledning til intervjuene informerte jeg om problemstillingen i mitt prosjekt, og hva jeg ønsket fra dem som deltagere i fokusgruppen. Jeg presiserte at jeg ønsket en diskusjon mellom dem, og at min rolle skulle være noe tilbaketrukket, men at jeg underveis ville komme med spørsmål og be om eksempler. Jeg forklarte også at jeg som forsker ikke var ute etter «rette» eller «gale» svar, men at diskusjonen dem imellom var det viktigste. Det ble også presisert at de måtte prøve å ikke snakke i munnen på hverandre, fordi det kunne bli vanskelig å tyde når intervjuene skulle transkriberes.

Min assistent presenterte seg og sin rolle som mer tilbaketrukket observatør, og hun forklarte hvorfor hun ville gjøre notater underveis. Jeg hadde avtalt med min assistent om å observere blant annet gruppesamspill, klima i gruppa og kroppsspråk. Jeg ønsket også at hun skulle legge merke til hvordan jeg fungerte som moderator, og gi meg tilbakemeldinger i etterkant av intervjuet. Hun skulle også gjerne komme med innspill og oppfølgingsspørsmål hvis hun mente det var nødvendig. I og med at jeg var uerfaren i rollen som moderator, kunne det være at jeg overhørte viktige innspill, og ikke fikk med meg momenter som var viktige å følge videre.

Begge fokusgruppene besto av sykepleiere som jobbet ved den samme avdelingen, de var arbeidskollegaer som kjente hverandre godt. Samtalen og diskusjonene forløp lett, det syntes som de var trygge på hverandre. Det virket på meg som om det var enkelt for deltagerne å utdype hverandres perspektiv på bakgrunn av felles erfaringer og opplevelser. Det første fokusgruppeintervjuet ble gjennomført i slutten av september 2011, og det andre en måned seinere. Tidsrammen var avklart på forhånd og hvert intervju varte i 90 minutter.

Diskusjonen i fokusgruppene skjedde med utgangspunkt i en intervjuguide med tema og flere underspørsmål, som i et semistrukturert intervju (Vedlegg 4). Det ble benyttet samme intervjuguide i begge fokusgruppene. Deltagerne var ikke gjort kjent med spørsmålene på forhånd, og intervjuguiden fungerte som en «huskeliste» for meg som moderator. Alle temaene ble diskutert i begge fokusgruppene.

Stemningen i begge fokusgruppene var veldig bra. Etter en litt forsiktig åpning, gikk diskusjonen lett mellom deltagerne og det var mye latter underveis. I begge gruppene var alle deltagerne aktive, deltok i diskusjonen, og utdypet de andres kommentarer. Slik som jeg erfarte det var det ingen som hadde en tydelig dominerende rolle i diskusjonene. Ved de fleste temaene som ble diskutert, hadde de to gruppene sammenfallende fortellinger og meninger. Det var ved noen tilfeller ulikt fokus for diskusjonene selv om temaene var de samme i begge gruppene. I begge gruppene tok diskusjonene retninger ut over det som var tema, og for å styre deltagerne benyttet jeg oppfølgingsspørsmål som for eksempel. «dere nevnte tidligere...» «når dere tidligere snakket om...». Min assistent kom også med viktige oppfølgingsspørsmål som gjorde at enkelt tema ble videre utdypet av informantene.

Da jeg i slutten av intervjuene spurte hvordan de opplevde å være deltakere i fokusgruppene var alle entydig positiv, og noe av tilbakemeldingen var at de sjelden hadde en slik mulighet for å sitte sammen for å diskutere felles problemstillinger.

Etter hvert fokusgruppeintervju hadde min assistent og jeg en samtale hvor vi gikk gjennom og reflektere over hvordan vi erfarte gjennomføringen av intervjuet. Min assistent kom med nyttige tilbakemeldinger på hva jeg hadde sagt, og hvordan hun opplevde måten jeg fungerte som moderator. Tilbakemeldingene på min rolle ble viktig, slik at jeg hadde mulighet for å korrigere meg til neste fokusgruppeintervju. Jeg ble mer bevisst på bruk av ledende spørsmål og oppfølgingsspørsmål i det andre intervjuet.

3.5 Analyse

Intervjuene ble tatt opp på digital opptaker og skrevet ut som tekst. Jeg skrev selv ut begge intervjuene. Transkriberingen ble gjort ordrett og inkluderte pauser og latter. I det første

intervjuet skrev jeg inn alle «hmm» og «ja» som kom spontant fra gruppemedlemmene og meg som moderator. Det valgte jeg å utelate i transkribering av det andre intervjuet, fordi jeg mente det ikke vil ha betydning for innholdet i teksten. Jeg hørte gjennom intervjuene som en helhet flere ganger. Først før transkribering, og så i etterkant. Jeg leste deretter gjennom den ferdige teksten for å få med helheten i det skriftlige materialet.

Som utgangspunkt for analyse av mine data valgte jeg å benytte kvalitativ innholdsanalyse beskrevet av Graneheim og Lundman (2004). Kvalitativ innholdsanalyse fokuserer på tolkning av tekster, og benyttes mye innen sykepleieforskning. Fremgangsmåten de beskriver er en «steg for steg» metode som jeg mente ville være til hjelp for meg som novise på dette området. Graneheim og Lundman sier at kvalitativ innholdsanalyse skal fokusere på å beskrive variasjoner gjennom å identifisere likheter og ulikheter. Her mener de det er viktig å bestemme seg om analysen skal fokusere på hva teksten sier, det manifeste innhold eller det underliggende i teksten, det latente innhold. Både det manifeste og det latente innholdet i teksten handler om tolkning. Jeg ville i første steg i min analyse legge vekt på det manifeste innholdet i mitt datamateriale. Det forstår jeg som det deltagerne i fokusgruppene reelt sier, og ut fra det starte analysearbeidet. Innhold i materiale som jeg tolket som det latente, ville jeg behandle i diskusjonskapittelet.

Lundman og Graneheim (2008) sier det første steget i analysen er valg av analyseenheter. Analyseenheten bør være stor nok for å utgjør en helhet, samtidig liten nok for å kunne håndtere analyseprosessen. Min analyseenhet var de transkriberte intervjuene fra to fokusgrupper. Materiale utgjorde 52 sider transkribert tekst. Det var også viktig at jeg videreførte og tenkte på konteksten under analysen. I tillegg til det transkriberte intervjuet hadde jeg notater fra observatør som var tilstede under intervjuene.

Begrepet domene kan benyttes som deler av teksten som handler om et spesifikt område og kan identifiseres med lav grad av tolkning. Lundman og Graneheim (2008) mener at det er deler av intervjuteksten som sammenfaller med spørsmålene i en intervjuguide (s. 163). Jeg hadde laget meg fire hoved overskrifter med underspørsmål i min intervjuguide som kan forstås som domener. Disse var:

- sykepleiefaglige utfordringer

- hva kreves av kompetanse
- samarbeid og organisering innad i korttidsavdelingen
- samarbeid utenfor sykehjemmet

Lundman og Graneheim (2008) beskriver analysens ulike steg, og prosessen via meningsenheter, kondenserte meningsenheter og koder og videre fra koder og kategorier til tema. Jeg startet analysen av mitt materiale med å identifisere meningsenheter. Disse sier Lundman og Graneheim er en meningsbærende del av teksten. Her sier de at man må være oppmerksom på hvor stor del av teksten det er snakk om. For store deler av teksten kan inneholde flere meninger, og det er risiko for at innhold går tapt. For små meningsenheter kan derimot medføre at resultatet blir fragmentert (s. 163). Jeg valgte å plukke ut meningsbærende enheter i tekstene først fra det ene intervjuet, og etterpå fra det andre. For meg ble det lettere å holde oversikt over teksten fordi dette var helt nytt for meg. Jeg brukte farget tusj og markerte i teksten det som jeg mente var relevante meningsenheter. Noen snakket om mange ting samtidig, som gjorde at det de sa kunne settes under flere meningsenheter.

Under kondensering av meningsenhetene blir teksten gjort kortere samtidig som det sentrale innholdet bevarer (s. 163). Jeg plukket ut meningsenhetene og samtidig kondensert jeg disse. Her måtte jeg også gå litt frem og tilbake for å se om meningsenhetene inneholdt mer enn det som jeg først kunne se.

Videre kodet jeg de kondenserte meningsenhetene. Med koding sier Lundman og Graneheim at det er en etikett på en meningsenhet som kortfattet beskriver innholdet. Kodingen skal også løfte innholdet til et høyere logisk nivå gjennom å abstrahere de kondenserte meningsenhetene. Jeg kodet samtidig som jeg kondenserte meningsenhetene. Utfordringene var om kodingen ble det som var meningen – nemlig abstraksjon.

Tabell 2 gir en oversikt over noen meningsenheter, kondensering og koding.

Meningsenheter	Kondensering	Kode
”vi får jo bestilling gjennom et vedtak...trening etter brudd, kartlegge hjelpebehov... det handlet om hva som er problemstillingen og så prøver vi å legge opp et løp i forhold til det. At vi følger opp pasienten i forhold til det vedtaket”	Følger opp pasienten i forhold til vedtaket	Vedtak grunnlag for oppfølgingen
”Og det er ei stor utfordring i forhold til alt det sykepleiefaglige som er på avdelingen. I det hele tatt klare å få tatt unna det som er. Det vi gjør er jo å prøve å sette sykepleiere på topp så langt vi har mulighet til det for å få dekt opp vaktboka.”	Utfordringer i forhold til det sykepleiefaglige	Sykepleieren ”på topp”
” så har vi jo også et problem som jeg opplever det er jo de korte rapport tidene... alt for kort..”	Opplever korte rapporttider	Korte rapporttider

Tabell 2 Eksempel på første steg i analysen. Meningsenheter, kondensering og kode

Etter at jeg hadde fått utviklet kodene var neste steg å samle disse i kategorier. Kategorier er flere koder som har et noe felles innhold. Kategoriene skal også være internt homogene og eksternt heterogene. Ingen koder skal falle mellom to kategorier eller passe inn i to eller flere kategorier (Lundman & Graneheim, 2008, s. 163).

For å gå videre i min analyse fra koder til kategorier tok jeg på nytt i bruk farget tusj for å få oversikt over de kodene som kunne komme inn under samme kategori. Jeg valgte da å lage noen sub kategorier først, og så gå videre i det som jeg mente var kategorier. Etter dette satt jeg overgripende overskrifter og delte disse inn i tre temaer. Tabell 3 er eksempel på den videre analysen fra koder, sub kategorier, kategorier og tema.

Koder	Sub kategorier	Kategori	Tema
Vedtak grunnlag for oppfølgingen	Vedtak som følger pasienten	Vedtak og videre oppfølging i korttidsavdelingen	Pasientrettede utfordringer
Sykepleieren ”på topp”	Personalressurser	Bemanning og sykepleierne ”på topp”	Sykepleiernes arbeidshverdag
Korte rapporttider	Rapporten som diskusjons og læringsarena	Rapporten som læringsarena	Faglig utvikling

Tabell 3. Andre steg i analysen. Fra koder, sub kategorier, kategorier til tema

Hele materiale ble til slutt delt inn i 3 temaer og 13 kategorier.

3.6 Etiske overveielser

Mitt forskningsprosjekt forutsatte behandling av personopplysninger og var dermed meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Personopplysninger kan defineres som « *opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til en enkeltperson. En person vil være identifiserbar via navn, personnummer eller andre personlige kjennetegn* » (Thagaard, 2009, s. 25). Personopplysninger i mitt prosjekt innbefattet underskrevne samtykkeskjema, lydfil og transkriberte intervju. Dette materialet ble oppbevart i henhold til krav fra NSD, og slettes etter innlevering av mastergradsoppgaven. Søknaden min til NSD ble sendt 27. juli 2011 og positivt svar derfra kom tre uker etterpå (Vedlegg 5).

Deltagelse i forskningsprosjekter er basert på frivillighet og informert samtykke (Thagaard, 2009, s. 26). Deltagerne i mitt prosjekt fikk skriftlig informasjon om prosjektet. I skrivet var det presisert at deltagelsen var frivillig og at vedkommende kunne trekke seg uten videre begrunnelse. Denne informasjonen ble gjentatt muntlig i starten av hvert fokusgruppeintervju. Alle som sa seg villig til å være med i fokusgruppene returnerte et samtykkeskjema i ferdig frankert konvolutt. Jeg valgte å rekruttere informanter gjennom enhetsleder ved sykehjemmet, og samme personen var også behjelpelig med å sende purring om deltagelse. Det kan ha innvirket på den frivillige deltagelsen ved at noen kunne følt seg presset til å delta.

Konfidensialitet innen forskning innebærer at forskeren må anonymisere data om informantene når resultatet av undersøkelsen presenteres (Thagaard, 2009, s. 27). Ved transkribering av intervjuene kodet jeg deltagerne med en kodenøkkel bare jeg visste om, og som ikke var nedskrevet. Jeg valgte også å skrive om intervjuene til bokmål som en del av anonymiseringen i stedet for å skrive dialekt. Det ble i transkribering av materialet ikke benyttet navn på sykehjemmet.

Det ble i informasjonsskrivet presisert at de synspunkter som kom frem under fokusgruppeintervjuet skulle holdes innen gruppa. Det ble også sagt av meg i innledningen av hvert intervju. Jeg kom også med en oppfordring til deltagerne om at navn på pasienter eller andre tredjepersoner ikke måtte komme frem i diskusjonene.

4 Presentasjon av materialet

4.1 Om korttidsavdelingen

Jeg gjennomførte min studie ved en korttidsavdeling i et sykehjem med totalt 18 sengeplasser. Avdelingen hadde to senger som var definert til palliativ behandling, mens de resterende sengene skulle benyttes til avlastning og rehabilitering eller opptrening. Kommunen hadde i en tjenestebeskrivelse⁴ definert hva som menes med korttidsopphold ved sykehjemmet:

«et tidsbegrenset opphold i sykehjem som har et definert mål og som har til hensikt å ivareta brukers behov innenfor midlertidig nedsatt funksjonsevne, rehabilitering eller rekonvalesens mens andre tilbud tilrettelegges, for eksempel etter sykehusopphold, utredning av sykdom og funksjonsnivå»⁵.

Intensjonen med pasienters opphold på korttidsavdelingen var at det skulle være over en tidsbegrenset periode, og at pasientene skulle tilbake til eget hjem hvis det var mulig. Dette samsvarte ikke med det som var realiteten på det tidspunktet jeg gjennomførte min studie, og det preger de funn som ble gjort.

I den perioden jeg gjennomførte studien var det tydelig at korttidsavdelingen var i en spesielt presset situasjon. Sykehuset hadde mange ferdigbehandlede pasienter som de ønsket å få overført til sykehjemmet, samtidig som kommunen ikke hadde tilstrekkelig antall langtidsplasser for de som trengte det. Korttidsavdelingen var pålagt fra kommuneledelsen å utvide pasienttallet nesten til det dobbelte for å kunne tilby flere pasienter et heldøgns pleietilbud. Da jeg snakket med sykepleierne hadde pasientantallet vært høyt over flere måneder, og mange av pasientene hadde vært der over lang tid. Situasjonen var også spesiell i forhold til at samhandlingsreformen formelt ikke var trått i kraft, og kommunen var i gang med å finne nye løsninger på utfordringene spesielt knyttet til deres ansvar for ferdigbehandlede pasienter fra sykehuset.

⁴ Tjenestebeskrivelse er presise skriftlige informasjoner om kommunale tjenester (Kunnskapsnettverk.no, 2011)

⁵ Jeg har valgt å ikke referere til hvilken kommune som har utarbeidet denne med tanke på ivaretagelse av anonymitet

Når sykepleierne snakket om sin hverdag ved korttidsavdelingen var det beskrivelser som omhandlet mange forhold. Det var utfordringer knyttet til pasientene i avdelingen, det var diskusjoner omkring hvordan de opplevde sin arbeidshverdag som sykepleiere og hvordan samarbeidet med andre faggrupper fungerte. De snakket også om hvordan de erfarte mulighetene for utvikling av egen kunnskap.

Presentasjonen av mine funn knyttes til tre hovedtemaer der sykepleiernes kunnskapsmessige utfordringer knyttes til «pasientrettede utfordringer», «sykepleiernes arbeidssituasjon» og «faglig utvikling».

4.2 Pasientrettede utfordringer

Sykepleierne ble i fokusgruppene oppfordret til å diskutere rundt sitt daglige arbeid i korttidsavdelingen. De startet med å snakke om hvilke typer pasienter som de hadde i avdelingen, og hvilke oppgaver de som sykepleiere hadde i forhold til ulike pasientgrupper. Under dette temaet vil jeg presentere funn i forhold til hvilke kunnskapsmessige utfordringer sykepleierne snakket om knyttet til pasientene i korttidsavdelingen.

4.2.1 Ferdigbehandlet fra sykehuset, men trenger videre behandling

Sykepleierne i begge fokusgruppene fortalte om noen av de pasientene som ble overført fra sykehuset til korttidsavdelingen, og som fra sykehusets side var definert som ferdigbehandlet. De undret seg over at pasienter som hadde så mange problemstillinger og samtidig var under aktiv behandling kunne være vurdert utskrivningsklare. De beskrivelsene de ga av noen av pasientene tydet på at pasientene hadde behov for videre medisinsk behandling, samtidig som de hadde en rekke teknisk utstyr som måtte håndteres.

«siste pasient som jeg husker var såkalt utskrivningsklar kommer til oss hvor det er sår, væskende sår, mulig infeksjon, hvor vi sender i retur. Kommer til oss med cvk, antibiotika, væskende sår, smerter.... for meg er det overhode ingen utskrivningsklar pasient.»

Denne uttalelsen sier også noe om at pasientene blir sendt frem og tilbake mellom korttidsavdelingen og sykehuset. Det kan synes som at dette også er et eksempel på

hvordan grensen for hvem som vurderes som utskrivningsklar stadig forskyves til å gjelde pasienter med uavklarte og behandlingstrengende tilstander.

Informantene snakket også om at pasientene hadde mange forskjellige problemstillinger og tilleggsdiagnoser de måtte observere og ta hensyn til i den videre oppfølgingen. Pasienter på sykehjem har ofte et svært sammensatt sykdomsbilde. Det de snakket om beskriver at det nødvendigvis ikke er den akutte situasjonen som gjør at pasientene trenger videre oppfølging i korttidsavdelingen, men kombinasjonene av denne og andre kroniske sykdommer.

«... de er utskrivningsklar fra sykehuset så får vi beskjed om at vedkommende har nyresvikt, hjertesvikt og ikke ferdigbehandlet. Hvordan fortsetter vi behandlingen?»

Andre nevnte såkalte «svingdørspasienter» som hadde vært mye ut og inn på sykehuset på grunn av kroniske problemstillinger og kom til korttidsavdeling for vurdering av hjelpebehov. Det er et mål innen eldreomsorgen at pasientene skal kunne være i sitt eget hjem så lenge som mulig med hjelp av hjemmesykepleien. Det er et gode for alle, men kan bety at pasientene til slutt får så store hjelpebehov at det ikke lengre er forsvarlig med kun tilmålt tid fra hjemmetjenesten.

«hjemmesykepleien kan ikke lengre ivaretar det behovet hun har...så har hun vært en del på sykehuset – inn og ut- og fått enda en tilleggsdiagnose og så kommer hun hjem og faller og så ...»

Informantene fortalte her om noen av pasientene de har fått til avdelingen som kom fra sykehuset og som derfra var definert som utskrivningsklare. De snakket om at den videre behandlingen ble korttidsavdelingens ansvar, og det krever at sykepleierne har den nødvendige kunnskapen for å kunne gjøre de ulike observasjoner og tiltak. Sykepleierne trenger da oppdatert påstandskunnskap innenfor et vidt spekter av medisinske problemstillinger. Det dreier seg både om sykdomslære og patologi, men også om aktuelle medisinske behandlinger. Det er også vesentlig at de har kunnskaper i hva som er spesielt i forhold til problemstillinger knyttet til den gamle pasienten. Pasientene som beskrives av informantene hadde mange diagnoser i tillegg til det som hadde vært grunnlaget for sykehusinnleggelsen. Dette kjennetegner de fleste pasienter som blir overført til sykehjem.

Sykepleierne trenger også ferdighetskunnskap for å kunne håndtere spesielle prosedyrer som blant annet gjennomføring av sårstell, stell av sentrale venekateter og administrering av antibiotika som var noe av det som ble nevnt av informantene.

For å kunne gjøre de observasjoner som er nødvendige og gjennomføre spesifikke tiltak må de kunne utøve skjønn. Faglig skjønn benyttes for å kunne vurdere og handle hensiktsmessig til det beste for den enkelte pasienten. Ved bruk av skjønn som innbefatter både påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap måtte de kunne observere og vurdere symptomer som kunne tyde på endringer eller forverring av pasientenes sykdom og problemstillinger.

4.2.2 Vedtak og videre oppfølging i korttidsavdelingen

Informantene fortalte at det måtte foreligge skriftlig søknad sammen med en medisinsk vurdering for at pasientene kan få tildelt plass ved korttidsavdelingen. Behandlingen av søknaden ble gjort av kommunens tildelingskontor, og korttidsavdelingen hadde ingen innflytelse på hvilke pasienter som skulle komme til avdelingen. Plan for oppholdet ved korttidsavdelingen ble laget på grunnlag av vedtaket. Vedtaket for oppfølgingen av pasientene var på et overordnet nivå, og det var opp til sykepleierne på korttidsavdelingen å lage en videre plan for den enkelte pasient.

«vi får jo bestilling gjennom et vedtak...trening etter brudd, kartlegge hjelpebehov... det handlet om hva som er problemstillingen og så prøver vi å legge opp et løp i forhold til det. At vi følger opp pasienten i forhold til det vedtaket.»

Begge gruppene diskuterte utfordringene ved at de opplevde det ikke alltid var samsvar mellom vedtakene og de behov de faktisk så når pasientene ankom avdelingen. De fortalte at de erfarte at vedtakene ikke stemte med det som faktisk var pasientenes problemstilling, og de snakket om at de så avvik i forhold til vedtaket.

«vi får jo vedtak på den enkelte pasient fra tildelingskontoret...men det er jo ikke alltid at det samsvarer med det vi ser.»

Det var også vedtak om opphold ved korttidsavdelingen som ble kalt «vurdering av hjelpebehov». Slik jeg oppfattet diskusjonen i fokusgruppene var dette en kamuflering av

at pasientene egentlig hadde behov for langtidsopphold, men de måtte komme inn til korttidsavdelingen fordi det ikke fantes noe annet tilbud i kommunen på det tidspunktet.

«det er jo ofte det står ”kommer for å vurdere behov for hjelp” og trening og så skal man liksom vurdere ut i fra fremgang hva som skal gjøres i fortsettelsen. Men når det er kommet så langt er det jo ofte at de ikke kommer hjem.»

Alle sykepleierne snakket om at de kunne se en endring fra tidligere ved at pasientene som kom til avdelingen var mye dårligere enn hva de tidligere hadde erfaring med. Det var spesielt de sykepleierne som hadde jobbet lengst ved korttidsavdelingen som poengterte dette. De forklarte dette ut fra at pasienter i stor grad får oppfølging og behandling av hjemmetjenesten så lenge det er mulig og at liggetiden i sykehus har blitt redusert de siste årene. Terskelen for å tildelt sykehjemsplass hadde endret seg til at pasientene må ha større omsorgsbehov nå enn tidligere.

«de har vært hjemme, ikke sant, og blitt dårligere og dårligere, blitt innlagt på sykehuset og så er det ikke noe mere. Da kommer de over til korttidsavdelingen og blokkerer en ny korttids plass, og så har vi ikke noen ledige langtids plasser.»

Diskusjonen i gruppa tydet på at de opplevde at pasientene hadde en stadig dårligere helsetilstand når de kom til korttidsavdelingen. Dermed var det ikke mulig å trene opp eller rehabilitere dem, slik at de kunne komme tilbake til eget hjem etter oppholdet der.

«de er så dårlig i utgangspunktet de som kommer på sykehjemmet i dag... Det er jo en endring i fra tidligere.. ja de er mye dårligere når de kommer...men i og med at det har vært så mye dårligere pasienter i det siste så har vi fått en inndato, men ikke noen utdato.»

Overføringer av pasientene til korttidsavdelingen ble gjort på grunnlag av vedtak fra tildelingskontoret, men sykepleierne snakket om at vedtakene ikke alltid var forenelig med deres vurderinger av pasienten, og at de så pasientene var dårligere enn tidligere. Jeg tolker det slik at sykepleieren på grunnlag av sine erfaringer og skjønn var i stand til å gjøre selvstendige vurderinger. De måtte benytte alle aspektene av kunnskap i forhold til å kunne gjennomføre observasjoner av den enkelte pasienten, og samtidig være kritisk til vedtaket som var grunnlaget for at pasientene kom til korttidsavdelingen. For å kunne gjøre dette kreves mye kunnskap og erfaring. Sykepleierne jeg snakket med hadde lang

arbeidserfaring, og var i stand til å gjøre selvstendige vurderinger. Som jeg ser det hadde de også organisatorisk kompetanse gjennom et overblikk over kommunens organisering av helsetjenesten og hvordan vedtakene ble gjort.

Når de snakket om at pasientene var dårligere enn tidligere var det både i forhold til at de var mer behandlingstrengende og at de hadde flere komplekse sykdommer. Dette gjorde at sykepleierne måtte inneha påstandskunnskap om mange ulike og sammensatte sykdommer, samt kunnskap om behandling. Pasientene hadde på grunn av mange problemstillinger også behov for mange ulike medikamenter som sykepleierne måtte kjenne til, og kunne vurdere virkning og bivirkning av. Når pasientene blir overført til korttidsavdelingen for vurdering av hjelpebehov innebar det en kartlegging av pasientenes ressurser og problemstilling. Det krever kunnskap og samarbeid med andre yrkesgrupper for å kunne gjennomføres best mulig.

4.2.3 Avdekker feil og mangler

Sykepleierne mente at de ofte avdekket feil og mangler ved behandling og medisinerer når pasientene kom til korttidsavdelingen. Opplysninger om pasientene fra sykehuset ved overflytting til sykehjemmet ble av sykepleierne opplevd som ufullstendige og i flere tilfeller ikke korrekt. De snakket også om at de oppdaget at medisiner var feildosert på grunnlag av de blodprøver som ble tatt ved sykehjemmet.

«vi avdekker veldig ofte de her som kommer inn på korttidsopphold fra sykehuset når vi tar blodprøver av de. Så når vi tar digitoksin speil som er helt bort veggene... slik at det blir en del medisin endringer og mye blodprøvetaking.»

Den ene gruppen poengterte at de opplevde flere pasienter som overmedisinert etter sykehusopphold. Det var spesielt smertebehandling som var satt i gang og ikke justert ned etter endret behov.

«dette med smertestillende, enormt mye smertestillende...., slik at når de kommer til oss, hit, så blir det veldig ofte seponert, veldig mye. Vi er kjempeflink der. ...du ser jo at de er nedsløvet når de kommer.»

Sykepleierne hadde et nært samarbeid med tilsynslegen når det gjaldt hvilke blodprøver som skulle tas og hvilke medikamenter som skulle endres.

Manglende opplysninger om pasientens medisiner ved overflytting fra sykehuset til korttidsavdelingen ble diskutert. Begge gruppene hadde eksempler der de som sykepleiere måtte ta kontakt med sykehus eller fastlege for å avklare om opplysninger og medisiner var avglemt, eller om det hadde skjedd endringer. De snakket mye om pasienter som de kjente fra tidligere opphold i korttidsavdelingen og at de hadde kjennskap til hva som hadde vært pasientens problemstillinger.

«kanskje vi har hatt han tidligere og så har vi medisin skjema hvor det står en medisin, og så kommer han fra sykehuset og så står det ikke der plutselig. Hvis det ikke står i epikrisen at den er seponert, ja men er den avglemt eller er det skjedd noe i forløpet? Det må du liksom sjekke, og det er synd at det skal være slik at vi er nødt å dobbeltsjekke de tingene der. Men det er ofte at, at det er informasjon som blir borte.»

Ved overflytting fra sykehus til korttidsavdelingen var sykepleierne avhengige av den skriftlige informasjonen for å kunne videreføre korrekt medisiner og behandling. Når de i mange tilfeller erfarte at det ikke fulgte med tilstrekkelig informasjon om videre behandling og medikamenter, valgte de å bruke mye ressurser for få de nødvendige opplysninger på plass. Jeg oppfattet diskusjonen om informasjonsutveksling at det var viktig for dem å ta en grundig gjennomgang i alle dokumenter som fulgte pasienten for å være sikker på at det var korrekt.

«det står ingenting i papirene om det at de har diabetes..så går du gjennom medisinlisten på datamaskinen og så har de stått på medisin.. og da skjønner du jo at dem har diabetes. Og så har det stått at de har innlagt kateter, men det er seponert, og så kommer de hit med kateter...»

De fortalte også at siden de erfarte at det manglet opplysninger om pasienten gjorde at alt ble sjekket og dobbeltsjekket.

«...hvor det er misvisende med medisiner og forløp og alt mulig, så det er mye sjekking. Du skal være sikker på er det nå slik det står her. At du er nødt til å ta kontakt med evt sykehuset for å høre hvordan er det. Så det tar mye tid....»

Sykepleierne diskuterte her sine oppgaver knyttet til dokumentasjon og administrering av medikamenter. Ut fra av sine erfaringer hadde de oversikt over pasienter som hadde vært i avdelingen tidligere, og de reagerte når de så at det var avvik fra tidligere behandling av pasienten. De valgte å kontrollere og sjekke opplysninger de mente ikke stemte. Det tyder på at de hadde erfaring fra tidligere at det var feil og mangler, og at de derfor brukte tid til kontroll. Sykepleierne stolte ikke på de opplysningene som sto i dokumentasjonen, og måtte gjøre mange selvstendige vurderinger.

Slik jeg ser det trenger sykepleierne påstandskunnskap for å kunne vurdere avvik i pasientenes medisinerings i forhold til hvordan ulike medikamenter virker og hvilke bivirkninger som kan vise seg. De må også benytte fortrolighetskunnskap for å kunne se når det hos pasientene fremkommer tegn på bivirkninger og overdosering. Dette krever en kontinuerlig oppmerksomhet fra sykepleierne. En av sykepleiernes oppgave ved avdelingen var å ta blodprøver og analysere disse. Det forutsetter at de har ferdighetskunnskap for å kunne ta prøver etter fastlagte regler og prosedyrer. Sykepleierne trenger kunnskaper om ulike teknisk utstyr som benyttes for analyse, og de må kjenne til, og kunne handle når analyser viser blodprøver utenfor normalverdier.

4.2.4 Rehabilitering krever oppfølging over tid

Nødvendigheten av oppfølging over tid ble trukket frem av informantene som viktig for at eldre pasienter skulle ha mulighet for vellykket rehabilitering etter alvorlig sykdom.

«som oftest er det eldre folk ikke sant og de bruker lengre tid på å rehabiliteres. Den tiden får de ikke på sykehuset i dag.»

Rehabilitering eller opptrening etter ulike akutte problemstillinger var en av korttidsavdelingens definerte oppgaver. Informantene snakket spesielt om rehabilitering av pasienter etter hjerneslag, der de mente at pasientene ble for tidlig utskrevet fra sykehuset.

«men samtidig så opplever vi jo at en del av de slagpasientene som blir så tidlig ferdigmeldt på sykehuset hvor de sier at her er det ikke noe opptrenings potensial, så har vi likevel på korttidsavdelingen klart å trent de opp. Fordi de er der mye lengre tid.»

Sykepleierne trakk frem flere eksempler der pasienter hadde blitt overflyttet fra sykehus hvor prognosen var dårlig, og det derfra ikke ble sett noen mulighet for bedring i pasientenes tilstand. Etter en tid i korttidsavdelingen med aktiv opptrening kunne pasientene faktisk komme hjem.

«vi klarer jo å gjøre ganske mange ting som er veldig bra.. fikk vi tidligere i sommer en pasient som kom med slag, halvsidig lammet. De [sykehuset] så ikke noe håp i det hele tatt. Pasienten kom til oss, nå venter vi han tilbake fra rehabilitering.»

Sykepleierne fremhevet disse vellykkede tilfellene der pasientene fikk den tiden som skulle til for at utfallet ble bra. Disse «gode utfall» ble også beskrevet som en motivasjon for å jobbe ved avdelingen.

«vi har hatt noen tilfeller der de har vært helt avskrevet, videre håp altså, hvor det har gått kjempebra. Hvor de har kommet hjem...så det er slike solskinnshistorier... det er jo veldig artig at vi ser at det nytter, og at de kommer seg.»

De nevnte flere eksempler hvor rehabiliteringen hadde vært vellykket ved korttidsavdelingen og diskusjonene i fokusgruppene kunne tyde på at disse gode historiene gjorde at de hadde tro på at avdelingen kunne gi pasienter et godt rehabiliteringstilbud. Sykepleierne snakket om de pasientene som de hadde lyktes med og det tyder på at de hadde kunnskap innenfor opptrening og rehabilitering etter hjerneslag spesielt. Når de snakket om disse «gode utfall» beskrev de pasientene som svært pleietrengende da de ankom avdelingen og med mange problemstillinger. Pasientene de snakket om hadde lammelser i tillegg til ernæring - og språkproblemer.

Som jeg tolker det vil sykepleierne trenge nødvendige påstandskunnskap om de aktuelle sykdommer eller problemstillinger som pasientene har. De må kunne utøve stell og prosedyrer på en korrekt måte og må dermed inneha nødvendig ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. Rehabilitering krever målrettet innsats fra flere involverte yrkesgrupper. Sykepleierne vil ofte være den som har ansvar for å lage en målrettet plan som skal være kjent for det øvrige personalet og være den som koordinerer rehabiliteringen. Det krever at de skal kunne gjøre skjønnsmessige vurderinger i forhold til den enkelte pasienten De må kunne samarbeide med andre yrkesgrupper som lege, fysioterapeut, ergoterapeut og logoped. For å kunne gjennomføre koordinering og

planlegging på en hensiktsmessig måte trenger de å inneha organiseringskompetanse for å kunne fungere som bindeledd mellom ulike tjenester.

4.2.5 Samarbeid med andre yrkesgrupper og instanser

Sykepleierne hadde mye kontakt med hjemmetjenesten både via telefon og møter. Spesielt gjaldt dette ved planlegging og organisering før pasientenes hjemreise. De snakket om at de hadde jevnlige samarbeidsmøter med hjemmetjenesten der også pårørende og eventuelt pasientene selv var tilstede. Samarbeidet med hjemmetjenesten mente de fungerte bra.

«... det at vi har faste dager som vi prøver og sette opp til disse samarbeidsmøtene, det er også litt greit...»

De snakket om at kontakten med hjemmetjenesten også foregikk via telefon, men at det kunne by på utfordringer fordi det ikke alltid var like enkelt å nå dem.

«.. og det fungerer helt greit bare vi får tak i de. Det hender jo at vi ikke gjør det på telefonen. At de er opptatt... Man kan bli hengende i telefonene når du ikke får tak i noen.»

Det var ikke fast fysioterapeut tilknyttet korttidsavdelingen. Det kom frem i den ene fokusgruppen at det opprinnelig var med i budsjettet at det skulle være både fast fysioterapeut og ergoterapeut i avdelingen, men at det aldri var kommet på plass. Nå var ordningen at flere kommunalt tilsatte fysioterapeuter ble tilkalt ved behov. Det gjaldt også logopedtjenesten. Det de bemerket om samarbeidet med disse, var at de savnet både dokumentasjon og dialog hvis det var spesielle ting med pasientene som skulle følges opp videre.

« det hadde vært greit når de har trenet med en pasient å bare fått noe rakst tilbake om det gikk bra, om de fikk fullført..når det er spesielle ting så skulle det ikke være så vanskelig for dem å få tak i en person å gi en beskjed.»

Fysioterapeutene benyttet det felles dokumentasjonssystemet i sykehjemmet for å skrive notater etter treningen med pasientene, men her snakket sykepleierne om mangel på tid til å lese hva som stod der, og at de savnet en dialog hvis det var noe ekstra med pasientene i forbindelse med trening.

Når det gjaldt samarbeidet med logoped mente noen at de både savnet dialogen og en skriftlig rapport.

«.. som jeg kanskje savner og som jeg har snakket litt med logopeden som er innom det er å få en rapport. Å få henne på en eller annen måte til å skrive en rapport.»

Sykepleierne snakket her om det ansvar de hadde for å koordinere og samhandle med hjemmetjenesten ved utskriving av pasienter. Det forutsetter at de har nødvendig kjennskap om den enkelte pasienten og kan formidle vurderinger til andre instanser.

Siden avdelingen hadde som en av sine definerte oppgaver å tilby pasientene rehabilitering og opptrening, krevde dette innsats også fra andre yrkesgrupper som blant annet fysioterapeut og logoped. Sykepleierne var avhengig av dialog og samarbeid med disse for å kunne gi fullverdig tilbud om rehabilitering. Når de snakket om at de ikke var fornøyd med den dialogen de hadde, kan det tyde på at nødvendig kunnskap om pasienten for å støtte opp om de andre yrkesgruppens bidrag i rehabiliteringen manglet.

4.2.6 «Lindrende senger» og dødsfall

Avdelingen hadde et antall definerte senger for palliativ behandling. Det kalte informantene for «lindrende senger», og jeg velger å bruke deres betegnelse videre. På det tidspunktet var det to senger som var ment til det formålet. Disse «lindrende sengene» var ment til bruk for kreftpasienter som hadde behov for oppfølging med smertebehandling, væsketerapi eller andre forhold i sykdomsforløpet. Begge gruppene snakket om at planene for de «lindrende sengene» var noe annet enn det som det var blitt realiteten. Det de nå opplevde var at «lindrende senger» ble brukt til terminalpleie, og at hoveddelen av pasientene som kom til «lindrende senger» også var definert som ferdigbehandlet på sykehuset. Pasientene kom til sykehjemmet for å dø.

«intensjonen der er jo at det er smertelindring og pasienten skal kunne komme og være i noen uker hos oss, og så kanskje reise hjem og komme tilbake hvis de har behov for det. Men det som har vært i det siste det er at de er så dårlig at de kommer gjerne hit og blir værende til de dør.»

Sykepleierne fortalte at mange andre av pasientene de hadde fått til avdelingen den siste tiden var så syke når de kom til korttidsavdelingen at de kunne betegnes som døende. Det var ikke kreftpasienter som primært benyttet de «lindrende senger», men andre alvorlig syke, gamle pasienter. Av den grunn mente de at avdelingen hadde mange flere dødsfall enn andre avdelinger ved sykehjemmet.

«hvor de er dårlig når de kommer og så hvor ernæringen er veldig dårlig, hvor de er generelt veldig syk, hvor dem ikke kommer seg... vi har et dødsfall igjen og igjen....for i perioder så er det mange dødsfall.»

Pleien og omsorgen av de døende pasientene mente de var god, og at de var blitt dyktige på terminalpleie. Selv om det var mange utfordringer i forhold til blant annet ivaretagelse av pårørende, mente de at både pasientene og pårørende følte trygghet og fikk god omsorg. Sykepleierne snakket om at pårørende ga god tilbakemelding på hvordan de opplevde terminalpleien ved sykehjemmet.

«om de er terminal når de kommer eller de blir det, så opplever jeg at pårørende er veldig fornøyd med at de får komme hit....og jeg synes vi er blitt dyktig på terminalpleie. Jeg synes vi lager en god ramme rundt det og vi ivaretar pårørende godt....vi får veldig god tilbakemelding... fin tilbakemelding.»

De hadde etter hvert startet en ordning med at de samlet personalet etter dødsfall for refleksjon rundt hendelsesforløpet.

«hvilke erfaringer har vi gjort oss? Hvilke tanker har vi rundt den situasjonen? Både før og etter dødsfallet og ikke minst er det noe vi kan gjøre bedre i etterkant og så gi hverandre tilbakemelding på den jobben vi har gjort.»

De erfaringene de beskriver her vurderer jeg som at det strider imot det som var korttidsavdelingens primære oppgave. Når intensjonene med en korttidsavdeling ut over de lindrende sengene var tilbakeføring av pasientene til hjemmet eller annet omsorgsnivå tydet det på at avdelingen på dette tidspunktet hadde fått en helt annen funksjon. Palliativ behandling og terminalpleie er problemstillinger som krever spesiell kompetanse. Kommunen hadde en ressursperson som fungerte som koordinator i lindrende behandling som sykehjemmet kunne kontakte. Det var likevel sykepleierne i avdelingen som gjennom døgnet hadde hovedansvaret for ivaretagelsen av pasientene og pårørende. Palliativ eller lindrende behandling krever alle aspekter av kunnskap. Påstandskunnskap knyttes til

kunnskap om patologi og fysiologiske forandringer i terminalfasen. Det er også kunnskaper om ulike medikamenters virkning og bivirkning ved f. eks smertebehandling. Ferdighetskunnskap er nødvendig for å kunne beherske smertepumpe og annet teknisk utstyr. Fortrolighetskunnskapen vil ligge i å ha det overblikket over pasienten og vurdere denne og pårørendes behov. I møte med døende mennesker er det vesentlig å handle skjønnsmessig, å gjøre de kloke handlinger, til det beste for pasienten og pårørende. Personalgruppa hadde etablert et møtefora etter dødsfall i avdelingen. Gjennom felles refleksjon over hendelsen var dette en mulighet for utvikling av kunnskap om terminal pleie og læringen blant personalet.

4.3 Sykepleiernes arbeidshverdag

Når sykepleierne i de to fokusgruppene skulle beskrive sin arbeidssituasjon, dreide diskusjonene seg om utfordringene knyttet til stor arbeidsbelastning, mangel på personell og mangel på tid. Her vil jeg se på hvilke kunnskapsmessige utfordringer sykepleierne snakket om når de beskrev sin arbeidshverdag ved korttidsavdelingen.

4.3.1 Utfordringer i forhold til økt pasientantall

Sykepleierne fortalte at det over mange måneder hadde vært flere pasienter i avdelingen enn det bemanningen var normert for. Det var nå blitt en mer eller mindre permanent situasjon etter pålegg fra kommuneledelsen om å ta imot flere pasienter enn det opprinnelige sengetallet. Med så mange flere pasienter til enhver tid, måtte også pasientene dele rom.

« ..vi måtte gå tilbake til dobbeltrom fordi vi ble pålagt i fra ledelsen i kommunen å ta inn mer pasienter, og da var alternativet å gjøre det slik.»

Utfordringene ved bruk av dobbelt rom var noe som begge fokusgruppene fremhevet. I en av fokusgruppene ble det mye latter når de kom inn på organiseringen med dobbeltrom. Det var tydelig at de hadde felles erfaringer som var «komiske», men som de ikke ville gå inn på i diskusjonen. De snakket om forventninger og krav fra pårørende, og om pasienter som slett ikke kunne fungere sammen på et rom.

«... så er det ikke bare å legge dem inn på et dobbeltrom. For at vi hatt så mye ulike typer pasienter. Det ikke alltid at den pasienten kan ligge på et dobbeltrom heller... jeg tror også det har litt med det som ligger i at intensjonen skal være at enhver beboer på et sykehjem skal ha sitt eget rom.»

Det at rommene egentlig ikke var utstyrt til dobbeltrom ble også diskutert mye i én gruppe. Spesielt i forhold til at de erfarte praktiske utfordringer med at de både manglet senger, dosetter og at alarmsystemet ikke var oppdatert.

«vi ser jo hvordan det er å legge to på et rom som ikke er opplagt til å være to på. Det er jo bare en alarm pr rom, som igjen forverrer arbeidssituasjonen.»

Sykepleierne snakket om organiseringen av pasienter i dobbeltrom både i forhold til hvilke pasienter som kunne eller ikke kunne dele rom. Sykepleierne måtte bruke skjønnsmessige vurderinger for å kunne plassere pasientene og for gjøre det beste for den enkelte pasient. De måtte ta hensyn til pasienten og også pårørendes forventninger. Videre var det bygningsmessige faktorer som gjorde at det ikke var lagt opp til at det skulle være to pasienter på samme rom. Endringen i pasientantallet var et resultat av press på kommunen til å gi flere pasienter tilbud om sykehjemsplass. Sykepleierne vil trenge nødvendig organisatorisk kompetanse for å se avdelingen som en del av en større kontekst.

4.3.2 Bemanning og sykepleierne «på topp»

Personal situasjonen ved avdelingen ble tema i begge fokusgruppene. De beskrev mangel på sykepleiere og mangel på fagpersonell generelt som en stor utfordring. De fortalte at det over flere måneder ikke hadde vært det antall sykepleiere som skulle være i avdelingen, og at på det tidspunktet fokusgruppeintervjuene ble gjennomført manglet det tre sykepleiere. Antall pasienter hadde også vært høyt over en lengre tidsperiode.

«...så disse som er på overbelegg, ikke sant, de har du egentlig ikke nok folk til, så det må leies inn daglig... turnusen ser kanskje ok ut i seg selv, men stemmer ikke overens med virkeligheten lengre.»

Et tiltak de snakket om for å få flere sykepleiere til avdelingen var blant annet innleie av svenske vikarer. De beskrev disse sykepleierne som dyktige og fine å jobbe sammen med, men at de kun var der i kortere perioder. Sykepleierne trakk frem at det ikke var

tilfredsstillende bemanning når avdelingen hadde så mange flere pasienter enn det som var «normalt».

«det var ni ekstra [pasienter] og da var vi lovet at det skulle komme ekstra personell som hadde kompetanse. Det var jo ikke personale å få tak i ..en liten detalj de glemte.»

For å løse situasjonene med mangelen på sykepleiere på dette tidspunktet var å sette sykepleierne «på topp». Slik jeg forstår dem vil det si at det blir satt inn tilstrekkelig med annet personale på vaktene til at pasientenes primære behov ble ivaretatt, mens sykepleierne ikke ble regnet med i disse oppgavene. Deres tid ble i hovedsak knyttet til blant annet administrering av medikamenter, samarbeid med lege, sykepleieprosedyrer og dokumentasjon.

«det er i stor utfordring i forhold til alt det sykepleiefaglige som er på avdelingen. I det hele tatt klare å ta unna det som er. Det vi gjør er jo å prøve å sette sykepleiere på topp så langt det er mulig for å få dekt opp vaktboka.»

De to fokusgruppene kom med ulike kommentarer på hvorvidt de erfarte om løsningen med sykepleieren «på topp» var bra eller ikke. Den ene gruppen mente dette var en bra løsning og at de dermed kunne gjøre en bedre jobb.

«slik det er lagt opp nå med da på en måte at man da kan gå på topp så føler jeg at du får tatt alle de her som ikke har vært tatt. Altså får du hentet inn alt, du gjør en bra jobb til slutt.»

Den andre gruppen mente det ikke fungerte fordi forventninger til resten av personalgruppa ikke var avklart.

«.... det handler mye om at kanskje den ene dagen er det to eller tre sykepleiere på jobb slik at den ene går mye ut i stell, og neste dag er samme personen mer eller mindre på topp da. Og da er du nesten ikke å stelle. For da har du antibiotika og smertepumpe og slikt, ikke sant, og det er klart at det er ikke logikk i det hvis man ikke har snakket om det og avklart det slik at alle er klar over at slik må det være.»

«det er vel andre grupper som synes sykepleierne ikke er nok inne i stellet og som når det er sykepleiere på synes at de ikke kan regne med den personen. Fordi sykepleieren er over alt...du er alene på.»

Det de diskuterte kunne være en forventning fra det resterende personalet om at sykepleierne skulle være en av de utøvende hender i avdelingen. Det virket på meg som at det ikke var gjort de nødvendige avklaringer i personalgruppa slik at det ble en felles forståelse hvorfor sykepleierne hadde sine spesifikke oppgaver utenom «stellet». Sykepleierne her snakket om det å være «alene på». Det tolker jeg som at sykepleieren mente at hun var alene sykepleier på vekten med sykepleiefaglig kompetanse.

Spesielt i helgene mente sykepleierne det var mangel på kvalifisert personell, og at det var mye innleide ufaglært.

«... jeg skulle ønske det var mer fagfolk, at det var et krav at det skulle være fagfolk i pleien på en sånn avdeling.»

I tillegg til lavere bemanning i helgene var det også vanlig med innleie av «ukjente» helgevakter.

«... jeg opplever også veldig det at i helgene spesielt så kan du føle at det er lite fagfolk. Da kjenner du belastningen mye høyere enn når du er på vakter i helger det er fagfolk sammen med meg.»

Sykepleierne snakket om avdelingen som spesiell og noe annet enn de andre langtidsavdelingene ved sykehjemmet, og det ble diskutert at oppgavene og utfordringene rundt oppfølgingen av pasientene stilte krav om at personalet hadde en bred klinisk kompetanse. De snakket om at avdelingen hadde utviklet seg til å bli mer likt en sykehusavdeling eller intermediær avdeling.

«det er jo blitt mye sånn medisinsk avdeling... slik som medisin var i gamle dager»

«nå fungerer den [korttidsavdelingen] halvveis som en intermediæravdeling som ikke er oppbemannet i forhold til det.»

Det kom frem i diskusjonen at flere sykepleiere som hadde sluttet ved avdelingen den siste tiden og det ble sagt at utrygghet kunne være en årsak til det.

« så flyttet tre fordi de syntes det ble for hektisk, og de var forholdsvis nyutdannet, slik at det ble...Det var jo veldig mye rundt de her lindrende pasientene. Mye utrygghet tror jeg nok til å begynne med rundt det.»

Mangelen på kvalifisert personale og mangelen på sykepleiere spesielt gjorde at organiseringen av avdelingen måtte endres med en sykepleier «på topp». Som jeg ser det ble den ene sykepleieren bundet opp til oppgaver som krevde sykepleierens spesielle kompetanse. Det dreide seg mye om medikamenthåndtering og prosedyrer som handlet om deres ferdighetskunnskap og påstandskunnskap. Sykepleierne måtte også ha en organiseringskompetanse for kunne delegere oppgaver til det øvrige personale og få gjort det som måtte gjøres ut fra de knappe personalressursene. Når sykepleiernes tid ble fjernet fra direkte pasientoppfølging til prosedyrer og administrative oppgaver, ble observasjoner overlatt til det øvrige personalet. Sykepleierne snakket om at mange, spesielt vikarer og helgevakter var ufaglærte eller at de manglet den nødvendige fagkunnskap. Det betyr at nødvendige observasjoner av pasientene som krevde mye kunnskaper blir overlatt til personell som mangler de nødvendige kunnskapene. Det er grunn til å tro at viktige observasjoner av pasientene dermed ikke ble rapportert videre til sykepleierne. Når avdelingen blir organisert med en sykepleier «på topp» mener jeg stiller krav til både kyndighet og erfaring hos sykepleierne. De måtte kunne tåle å være den eneste personen på vaktene med tilstrekkelige kunnskaper, og samtidig kunne gjøre vurderinger og tiltak uten å ha andre fagpersoner å diskutere med. Informantene snakket her om at tre sykepleiere sluttet ved avdelingen og at det kunne være på grunn av utrygghet. Sykepleierne som hadde sluttet ble beskrevet som «relativt nyutdannet». Det kan bety at de manglet den erfaringen og tryggheten som sykepleiere for å kunne mestre rollen som sykepleieren «på topp».

4.3.3 Sykepleiefaglige utfordringer og mangel på tid

I begge fokusgruppene ble det snakket om at de erfarte en økning av spesielle sykepleieprosedyrer og observasjoner som stilte krav til sykepleiernes kliniske kompetanse. De nevnte prosedyrer ved smertepumpe, stell av sentrale venekateter, ulike urinkateter og stomier.

« jeg har inntrykk av at det blir bare mer og mer av det sykepleiefaglige og de sykepleiefaglige prosedyrene som vi må...ta imot.»

Her ble det diskutert at dette var problemstillinger de var nødt til å ta imot. Som tidligere nevnt hadde avdelingen ingen innflytelse eller medbestemmelse i forhold til hvilke typer pasienter som skulle overføres til korttidsavdelingen. Det var heller ikke noen definert grense på hvilke pasienter som ikke kunne komme til avdelingen. De skulle kunne ta imot alt, selv om bemanningen og avdelingens samlede kompetanse ikke ble oppfattet som tilfredsstillende. Noen snakket om at håndteringen av ulike sykepleieprosedyrer ikke var den største utfordringen, men at kravet til sykepleiernes kunnskaper ble enda viktigere når det gjaldt observasjoner av pasientene.

« så har du all den observasjonen som krever ganske mye faglighet fordi det er mye med de som kommer..så du må være trygg i rollen som sykepleier på ei korttidsavdeling.»

Sykepleierne snakket om avdelingen som en «spesiell» sykehjemsavdeling. Det var mer aktivitet og flere administrative oppgaver enn på de andre sykehjemsavdelingene.

«korttidsavdeling er jo en spesiell avdeling og det er jo mye mer aktiv avdeling enn vanlig ... det jo skjer mye mer hele tiden, selv om vi har mange som ligger og venter på langtids plass så har vi allikevel noen fast rullering og vi har noen plasser hvor det kommer nye folk inn... Og det, det krever.»

De diskuterte spesielt de ulike administrative oppgavene de hadde knyttet til dokumentasjon og ulike rapporter som måtte skrives.

«det er inntakstrappert, det er utskrivningsrapport, det er oppfølging, kartleggingsrapport, sykepleie rapporter som skal skrives. Så det er veldig mye mer, mye mer administrativt enn det er på en vanlig avdeling.»

Mangel på tid til alle oppgavene var tema som ble tatt opp i begge fokusgruppene.

Tidsmangelen ble diskutert i sammenheng med at de manglet sykepleiere og at de hadde mange arbeidsoppgaver. De mente at det gikk ut over kvaliteten av deres arbeid.

«...kvaliteten blir jo dårligere fordi sykepleierne ikke klarer å følge opp alt. Med dosettfylld, endring av dosetter, dokumentasjon, det blir hull.»

En sykepleier snakket om sine personlige erfaringer med tidspress og følelsen av å ikke gjøre en god nok jobb.

«for jeg føler i alle fall mange ganger at jeg gjør en veldig dårlig jobb på grunn av det at jeg ser jeg rekker ikke over ... og kan ofte komme på ting som burde vært gjort, og burde vært sett.. som jeg ikke har overskudd, eller ikke har tid til å se, som blir borte i stresset.»

Når sykepleierne diskuterte de mange arbeidsoppgavene de hadde i løpet av sin arbeidsdag og mangel på tid for å utføre disse ble det også snakket om at de i det siste var blitt «flinkere» til å ta seg en matpause. Det tydet på at flere valgte å stå over sine pauser for å få unna arbeidet som måtte gjøres. De oppgavene som bare sykepleierne hadde faglig kompetanse til å utføre var mange og krevde tid. Det var som jeg ser det oppgaver som de ikke kunne delegere til noen andre i personalgruppa. Det var bare sykepleierne som hadde den nødvendige påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap for å kunne utføre de spesifikke oppgavene, og gjøre de nødvendige skjønnsmessige vurderingene. Sykepleierne hadde ansvaret for at dokumentasjonene og ulike rapporter ble skrevet og formidlet. Deres tid ble dermed bundet opp til mye administrativt arbeid og mindre tid hos pasientene.

4.3.4 Tilgjengelig lege

Tilsynslegen var den medisinske ansvarlige i avdelingen og en faglig støttespiller for sykepleierne. Begge fokusgruppene fremhevet det gode og tette samarbeidet med tilsynslegen ved avdelingen. De hadde en person med ytterligere fagkompetanse som de kunne diskutere med hvis de var usikre i forhold til behandling og oppfølging.

«vi har legedag ...en gang i uka. Men ellers så ringer vi både alle formiddagene, alle ettermiddagene. Det er vel på natta vi prøver å unngå.. men han sier jo selv også at han vil heller at vi ringer han for han vil ha oversikt... en veldig trygghet for oss også.... han gjør jo en gedigen jobb i forhold til det.»

De fortalte at legen selv ønsker at han skal kontaktes fordi han kjente til pasientene og vil ha oversikt. Sykepleierne snakket om at han var alltid tilgjengelig og svarte på deres telefoner selv om han var på reise. Det beskrev de som en stor trygghet i sin arbeidshverdag.

«det er bare å ta av seg hatten for tilsynslegen som alltid hjelper til..han har forståelse for at det kan være en del frustrasjoner.»

Sykepleierne hadde det primære ansvaret for behandling og oppfølging av pasientene gjennom døgnet, med tilsynslege som den medisinske ansvarlige. Da sykepleierne snakket om de komplekse problemstillingene til pasientene i avdelingen var det tydelig at kontakten med lege bare en dag i uka ikke var tilfredsstillende. Når sykepleierne ved bruk av skjønn gjorde vurderinger om pasientens helsetilstand var de avhengig av diskusjon med andre fagpersoner. Hvis de da var eneste sykepleier på vakt, var legen den de kunne kontakte for å diskutere sine observasjoner og vurderinger. De kunne i fellesskap planlegge tiltak som skulle iverksettes. Når legen var tilgjengelig for spørsmål og dialog bidro det til at sykepleierne følte seg trygge. Det fremkom at de ringte ofte, men det kan virke som at tryggheten også besto i at de visste at de hadde den muligheten.

4.4 Faglig utvikling

Beskrivelsene som sykepleierne ga av sin arbeidssituasjon både når det gjaldt utfordringer knyttet til pasienter og personalressurser viste at det stilles krav store til sykepleierne som fagpersoner, og at de måtte inneha flere aspekter av kunnskap. I fokusgruppene ble det diskutert hvordan de opplevde sin arbeidsplass og hvordan de så på muligheten for faglig utvikling.

4.4.1 Spennende arbeidsplass

Samtlige deltagere i fokusgruppene fremhevet at korttidsavdelingen til tross for mange utfordringer var en spennende og utfordrende avdeling å jobbe på. De snakket om at det var krevende å jobbe der, men de likte de utfordringene.

«avdelingen blir veldig spennende å jobbe i..ja, du utvikler deg jo hele tiden, og det er stadig nye utfordringer..du stagnerer aldri.»

De diskuterte de mange ulike arbeidsoppgaver de hadde, og at det gjorde jobben både mer spennende og utfordrende enn på en vanlig langtidsavdeling på sykehjemmet. Når de snakket om mulighetene for å utvikle seg var det, som jeg tolker det, at de likte de store

variasjonene av problemstillinger de måtte håndtere. Det gjorde avdelingen mer spennende.

«jeg vet faktisk ikke om jeg nå ville ha gått tilbake og jobbet på noen av de andre [avdelingene ved sykehjemmet] fordi jeg synes det er litt utfordrende det her, får brukt litt mer av de erfaringene jeg har....det er ikke kjedelig på jobb.»

Alle sykepleierne som deltok i min studie hadde erfaring fra langtidsavdelinger ved sykehjemmet før korttidsavdelingen ble opprettet. Noen hadde også jobbet ved ulike sykehusavdelinger. De hadde opparbeidet seg bred kompetanse på mange områder og mente de fikk brukt disse erfaringene i korttidsavdelingen.

Den ene fokusgruppen fremhevet den positive holdningen som de mente var etablert i avdelingen. De beskrev det som en mer «aktiv holdning» og en «kultur» blant personalet fordi pasientene ikke skulle være der så lenge. Jeg forstår det som at de mente de hadde en annen tilnærming til pasientene enn på en langtidsavdeling, fordi oppholdet var tidsbegrenset, og at det var et mål eller hensikt med pasientenes opphold.

«tror det blir en slik holdning på ei avdeling der du vet at ingen skal være der for evig og alltid... men det har vært en veldig slik "go" synes jeg, blant personalet... annerledes.»

De mente denne holdningen viste seg gjennom måten de omtalte pasientene på, og de mål og ønsker de hadde for hver og en pasient. Sykepleierne i denne gruppen mente det var en måte å tenke på som var gjeldene i hele personalgruppa. Den andre gruppen mente at det ikke var rom for å diskutere pasientenes ressurser og mål, og at tilnærmingen til pasientene ble tilfeldig. Her ble det nevnt at kunnskapsmangel, spesielt hos ufaglærte, som gjorde at pasientene ble behandlet ulikt.

«jeg skulle ønsket at de andre som jobber der også hadde skjønt alvorlighetsgraden hos pasientene som vi får.... når du ser at det er mangel på kunnskap, og det hadde vært godt hvis vi hadde diskutert i avdelingen slik at man var blitt mer bevisst på nettopp det.»

Alle informantene snakket om avdelingen som spennende og utfordrende og at de fikk brukt sine erfaringer. Det kan tyde på at de mente de hadde tilstrekkelig påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap for å kunne utføre de ulike

arbeidsoppgavene. Samtidig mente de at de hele tiden utviklet seg faglig gjennom de stadig nye utfordringene. Oppgavene avdelingen hadde i forhold til rehabilitering av ulike pasientgrupper krevde at mål for pasientens opphold var definert og kjent. Utsagnene her viser at det var forskjellig oppfatning i forhold til hvordan de så på avdelingens samlede kompetanse for å få til en lik tilnærming innen rehabilitering. Sykepleierne har et ansvar for opplæring av nyansatte og ufaglærte. Når den ene gruppen fremhevet at de hadde fått til en felles «aktiv holdning» kan det tyde på at personalet hadde fått nødvendig opplæring. Den andre gruppen derimot snakket om kunnskapsmangel hos personalet. Det kan bety at sykepleierne i de to fokusgruppene ikke hadde samme oppfatning om det resterende personalet, eller det kan være at enkelte ikke hadde fått den nødvendige opplæringen det var snakk om.

4.4.2 Lærer av hverandre

Diskusjonen om hvordan de kunne utvikle sin kompetanse ble beskrevet gjennom å «hjelp hverandre», og «lære av hverandre». Denne læringen som de snakket om var spesielt knyttet til gjennomføringen av spesielle prosedyrer.

«vi må jo lære oss, vi hjelper hverandre med det som er, og søker informasjon der vi kan få tak i det.»

Fordi de så ofte var alene sykepleier på vaktene, snakket de om at noen valgte å komme tidligere på jobb for å få gjort enkelte prosedyrer sammen med en kollega. Det gjaldt i mange tilfeller spesielle prosedyrer som de ikke utførte så ofte.

«har jo tatt det med smertepumpe...så er det jo det med at vi kommer tidlig på jobb hvis den skal fylles slik at vi kan være to stykker... ja man lærer hos hverandre.»

Det ble av noen presisert at det fantes skriftlige prosedyrer og retningslinjer som beskrev fremgangsmåten for gjennomføringen av ulike sykepleieprosedyrer. En av sykepleierne snakket om det «å være ydmyk» overfor egen kompetansebegrensning.

«jeg tror det er en viktig egenskap når man skal jobbe på en korttidsavdeling... det er å være ydmyk for sine egne kompetanse begrensninger. Man kan ikke som sykepleier

kunne alt... viktig da at man tør å si det at dette trenger jeg oppfriskning på eller opplæring.»

Organisert internundervisning hadde ikke vært gjennomført i avdelingen de siste årene. Sykepleierne som hadde lang erfaring med å jobbe på sykehjem snakket om at internundervisning hadde de hatt tidligere, og da integrert i lunsjpausene. Når de kom inn på temaet diskuterte de muligheten for å starte opp internundervisningen igjen.

«... hvis det skal bli slik som vi har nå med mye spesielt så bør vi kanskje sette av en slik [internundervisning]så det er lenge siden vi har hatt noe slikt.»

De snakket om at mange av sykepleierne hadde god kompetanse på flere områder og at de måtte bli flinkere til å bruke hverandre for å få tilbake en organisert internundervisning.

«.. det kan vi jo selv holde også.. men man må etterspørre det. Hva er det vi trenger, hva er det vi vil ha noe om...vi skal bruke hverandre litt mer.»

Sykepleierne snakket om at de hadde deltatt på noe mer formalisert opplæring. Det var snakk om hospitering ved palliativt team på sykehuset og en felles opplæring i bruk av hjertestarter. Muligheten for deltagelse på eksterne kurs og undervisning ble beskrevet som begrenset. De nevnte kommunens økonomiske rammer, men også at det var vanskelig for sykepleierne å forlate avdelingen hvis felles undervisning ble avholdt på sykehjemmet.

«... men det har vært sårkurs, men jeg har ikke hatt mulighet for å komme fra.... hvor man har vært alene på og ikke kunne kommet på det likevel.»

Sykepleierne beskriver her sin mulighet for læring gjennom å lære av hverandre eller uformell læring gjennom hverdagslæring knyttet til spesifikke situasjoner. Sykepleierne selv tok initiativ til læring når de var usikre på hvordan en prosedyre eller handling skulle gjennomføres. Prosedyrene var også, som jeg forstår det, nedfelt i tekst slik at det var mulig å lese fremgangsmåten. Når de snakket om å lære av hverandre var det spesielt knyttet til ferdighetskunnskapen de trengte for å kunne utføre en spesiell handling. Informantene hadde alle lang arbeidserfaring, og flere hadde videreutdanning ut over grunnutdanning som sykepleiere. I diskusjonen i begge fokusgruppene kom det frem at de kunne legge mer vekt på å dele kunnskap i personalgruppen gjennom internundervisning.

Knapphet på personell og mangelen på tid kan være det som hindret dem i å få til en plan for dette.

4.4.3 Rapporten som læringsarena

Begge gruppene kom inn på den muntlige skift rapporten som diskusjons og læringsarena. Den ene gruppen snakket om verdien av rapporten, og de mente at spesielt hjelpepleierne signaliserte at de lærte mye av diskusjonene i rapporten, og at det som ble diskutert ble fulgt opp av personalet.

«... det er ofte diskusjoner om de enkelte pasientene i rapporten før vi går ut på avdelingen.. Jeg har et inntrykk av at hjelpepleierne suger til seg læring og informasjon i den diskusjonen som vi har og klarer å følge opp mye av det.. jeg hører gang på gang at de sier «vi lærer utrolig mye». Så jeg tror rapportene er viktig»

Den andre gruppen fokuserte mer på manglende tid til rapporter, og at av den grunn ikke var rom for faglige diskusjoner. De snakket om den korte tiden til rapport opplevdes som et problem.

«vi har liksom et kvarter til rapport fra dagvakt til ettermiddag når vi da har 24 pasienter. Og så skal det gjerne være gitt litt informasjon. Så når man får rapport om en person så tørr man ikke spørre litt videre...veldig stressmoment»

De to gruppene hadde helt ulike diskusjoner rundt den muntlige rapporten. Den ene gruppen mente at rapporten hadde rom for diskusjoner og læring, mens den andre gruppen fokuserte på for dårlig tid og liten mulighet for diskusjon. Det var uventet at gruppene hadde så ulike oppfatninger og fokus når de snakket om den muntlige rapporten. Dette var altså kollegaer som hadde erfaring med de samme rapportene. Den ene gruppen snakket om at spesielt andre yrkesgrupper hadde nytte av rapporten, mens den andre gruppen snakket om mengden informasjon som måtte videreføres i løpet av det de opplevde som kort tid. Det kan likevel forstås som at begge gruppene så verdien av den muntlige rapporten som møtepunkt og refleksjonsarena. Mens en gruppe fremhevet mulighetene, snakket den andre gruppen mest om begrensede rammer rundt rapporten. Det kom frem at

hele sykehjemmet hadde redusert tidsbruken til rapporter, og det samme gjaldt også for korttidsavdelingen.

Gjennom diskusjonene i begge fokusgruppene fremkom det at det ikke var noen andre faste møtefora for hele personalgruppa enn den muntlige rapporten som foregikk i vaktskiftene. Utvikling av kunnskap og kompetanse knyttes til dialog og samarbeid i et fagfellesskap. Jeg antar at den uformelle dialogen og informasjonsutvekslingen foregikk kontinuerlig gjennom arbeidsdagen i korttidsavdelingen. Den daglige rapporten derimot, samler alle som skal på vakt før arbeidsdagen og informasjon og organiseringen av arbeidsoppgavene fordeles.

5 Diskusjon

Hensikten med min studie har vært å få frem hvilke kunnskapsmessige utfordringer som ligger i sykepleierens arbeidsoppgaver på en korttidsavdeling i sykehjem. Sykepleierne diskuterte flere forhold som tydeliggjorde kunnskapsmessige utfordringer de hadde i sitt daglige arbeid, og hvordan de så på mulighetene for utvikling av kunnskap. I den videre diskusjonen av mitt materiale vil jeg se på hvordan sykepleierne i korttidsavdelingen hadde mulighet for å ivareta oppgavene knyttet til videre behandling, rehabilitering og palliativ behandling. Et av hovedfunnene i studien var hvordan sykepleierne opplevde rammefaktorene i arbeidshverdagen, og hvordan disse påvirket mulighetene til å utføre arbeidet på en god måte. Studien viser også at dette påvirker sykepleiernes muligheter for å øke og vedlikeholde sine kunnskaper og kompetanse.

I samhandlingsreformen (2009) poengteres det at behovet for helsepersonell vil øke kraftig frem mot 2030, og at det må arbeides med personalets kompetanse (s. 125). Rekrutteringen av nye sykepleiere til korttidsavdelingen så ut til å være en stor utfordring i den perioden jeg gjennomførte studien. Det er også et moment jeg vil diskutere videre.

5.1 Korttidsavdelingens oppgaver

Sykepleierne ved korttidsavdelingen snakket om sin arbeidshverdag som krevende i forhold til de ulike pasientgruppene som de måtte håndtere, mangel på ressurser, travle arbeidsdager og begrensede muligheter for å utvikle sin kompetanse. Det de snakket om er i samsvar med tidligere studier som beskriver sykepleiernes utfordringer med å jobbe på sykehjem (Brenden et al., 2011; Fottland, 2011; Ingstad, 2010; Thidemann, 2005). Gjennom beskrivelser av hvilke pasientrettede oppgaver de hadde ved korttidsavdelingen viste mine informanter også at det var nødvendig med et vidt spekter av påstandskunnskaper, ferdighetskunnskaper og fortrolighetskunnskaper for å kunne håndtere pasientenes problemstillinger.

5.1.1 Videre behandling og rehabilitering

Videre behandling og rehabilitering av pasienter som fra sykehusets side var definert som utskrivningsklare, utgjorde en del av pasientgruppen som informantene snakket om. Min studie ble gjennomført i en periode like før samhandlingsreformen formelt var trått i kraft. Det viste seg likevel at korttidsavdelingen over tid gradvis hadde fått flere oppgaver som følge av den reduserte liggetiden i sykehuset.

Sykepleierne beskrev utviklingen av korttidsavdelingen fra en liten avdeling med ansvar for avlastning og rehabilitering, til det som en av informantene sa «*det minner meg nå om medisinsk avdeling i gamle dager.*» Det så ut til at avdelingen ikke var ulik en sykehusavdeling når det gjaldt arbeidsoppgaver, uten at det var tilstrekkelig bemanning og samlet kompetanse til å ivareta alle oppgavene. En sykehusavdeling vil være mer spesialisert i forhold til hvilke problemstillinger det er snakk om. Det klare skillet er mellom medisinske og kirurgiske avdelinger, og innenfor disse finnes flere ulike spesialiteter. Sykepleierne der får mulighet til å spisse sine kunnskaper innen et mer avgrenset felt. Sykepleierne ved korttidsavdelingen måtte forholde seg til alle typer problemstillinger, og det betyr at det stilles store krav til sykepleierne om å inneha tilstrekkelig påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap.

Ved en sykehusavdeling vil det til en hver tid være kvalifisert personell tilstede, og sykepleierne har mulighet til kontakt med lege gjennom hele døgnet. Den medisinske beredskapen ved korttidsavdelingen var begrenset til at tilsynslegen kom til avdelingen en dag i uken. Sykepleierne ved korttidsavdelingen hadde mulighet for kontakt med tilsynslege via telefon, men denne personen hadde mange andre arbeidsoppgaver utover rollen som tilsynslegen, slik at vedkommende ikke kunne være kontinuerlig tilgjengelig. Sykepleierne var i de fleste tilfeller alene med å gjøre bedømmelser og tiltak og måtte stole på sine kunnskaper og vurderinger. Det samme gjelder for mange sykehjem der legedekningen også er beskrevet som lav og sporadisk (Hofstad & Norvoll, 2003; Slettebø et al., 2010). Når sykehjemmene har fått økt ansvar for videre behandling av pasienter som krever mye oppfølging og medisinsk behandling, er det bekymringsfullt at det ikke har foregått en formalisert oppjustering av den medisinske tjenesten.

Rehabilitering kjennetegnes ved at flere aktører samarbeider og har klare mål og virkemidler for at pasienten skal kunne gjenvinne og mestre sin situasjon.

Samhandlingsreformen (2009) påpeker at en stor andel pasienter som utskrives tidlig fra sykehuset har behov for et rehabiliteringstilbud i tillegg til at de har et pleiebehov. For at pasientene skal få et reelt tilbud er det nødvendig at flere yrkesgrupper samarbeider, og fysioterapeuter og ergoterapeuter er ofte viktige aktører i rehabiliteringsprosessen. Mine informanter snakket om at det ved oppstart av korttidsavdelingen var planlagt at det skulle ansettes både fysioterapeut og ergoterapeut ved avdelingen, men på grunn av kommunens dårlige økonomi ble det ikke noe av. Det kan tyde på at kommunen ikke prioriterte tilbudet om rehabilitering godt nok. Det sammenfaller med en studie av Tingvoll og Sæterstrand (2008) som viser at de samme forhold gjelder for flere kommuner.

Ved korttidsavdelingen ble fysioterapeut, ergoterapeut og logoped tilkalt ut fra en vurdering av behovet til den enkelte pasienten. De var ikke integrert i praksisfellesskapet og informantene snakket om at de skulle ønske en bedre dialog med de ulike aktørene. Rehabilitering krever at det settes klare mål og at alle involverte er kjent med mål og tiltak. Beskrivelsen av samarbeidet kan bety at det ikke var satt av tid og muligheter for en planlegging av forløpet for den enkelte pasient. Det syntes likevel som at korttidsavdelingen fikk pasienter som hadde store pleie og rehabiliteringsbehov. De snakket om slagpasienter som ved utskriving fra sykehuset hadde blitt vurdert som *”ikke noe håp”* mens de etter en tid ved korttidsavdelingen hadde klart å gjenvunnet mye av sin funksjon. Det tydet på at avdelingen kunne gi et godt rehabiliteringstilbud til disse pasientene, til tross for den reduserte muligheten for tverrfaglig tilnærming.

Det så ut som om en av utfordringene ved korttidsavdelingen var at det var vanskelig å sette klare grenser for hva personalet skulle kunne håndtere og eventuelt ikke. Avdelingen *måtte* ta imot de pasientene som ble overført dit på grunnlag av vedtak som sykepleierne ved flere tilfeller så ikke stemte helt med det som var realiteten. Orvik (2004) mener at sykepleie foregår i «grenseløse» organisasjoner som er åpne nedenfra, men lukket ovenfra. Dette er en alvorlig utvikling, sier Orvik, i og med at behovet for tjenester er ubegrenset, mens ressurstilgangen er begrenset. I forhold til situasjonen ved korttidsavdelingen kan det

forstås som at ledelsen ved sykehjemmet måtte forholde seg til begrensede budsjетtrammer, samtidig som avdelingen var pålagt å ta imot stadig flere og mer ressurskrevende pasienter uten at det var tilstrekkelige ressurser til å ivareta det økte pasientantallet. Det var sykepleierne som måtte stå ansikt til ansikt med pasienter og pårørende i forhold til blant annet bruk av dobbeltrom ved korttidsavdelingen.

I det tidsrommet jeg gjennomførte min studie var korttidsavdelingen under et spesielt stort press, og sykepleiernes arbeidsbelastning var blitt betydelig større, fordi de måtte ta imot stadig flere og dårligere pasienter. I tillegg beskrev informantene hvordan de erfarte mangelen på personalressurser, og spesielt sykepleiere, for å kunne håndtere dette. Sykepleierne måtte ivareta de økte arbeidsoppgavene som igjen stilte krav til at de hadde de kunnskapene og kompetansen som var nødvendig. Den organisatoriske kompetansen ble også vesentlig i forhold til koordinering og fordeling av de stadig økende arbeidsoppgavene. Dette illustrerer at grensen for hva sykepleierne skulle kunne håndtere var tøyd til det ytterste.

5.1.2 Palliativ behandling

Avdelingen hadde to senger som var satt av for palliativ behandling eller det informantene kalte for «lindrende senger». Samhandlingsreformens (2009) definisjon av palliative enheter sier at det krever at personalet har relevant kompetanse og at det krever en tilnærming fra ulike yrkesgrupper. Videre bør legedekningen være høyere enn ved en annen sykehjemsavdeling. Korttidsavdelingen hadde en sykepleier med spesialutdanning innen palliativ omsorg som var en ressurs i forhold til disse pasientene. Hun ble også beskrevet som viktig i forhold til veiledning og opplæring av de øvrige ansatte.

Når mine informanter snakket om pasientene som ble overført til ”lindrende senger” var det i hovedsak pasienter som kom til avdelingen i den terminale fasen ⁶. Otterstad og Sorteberg (2008) har også funnet at alvorlig syke pasienter ble skrevet ut fra sykehus til sykehjem og at mange pasienter er i terminale fase når de ligger i korttidsavdeling. De fant svært høye dødstall blant de pasientene som var definert utskrivningsklare fra sykehuset.

⁶ Den terminale fasen er siste stadium før døden inntreffer (ordnett.no)

Det tyder på, i følge Otterstad og Sorteberg, at sykehuset setter likhetstegn mellom utskrivningsklare og terminale pasienter. Den samme utviklingen viste seg ved den korttidsavdelingen jeg gjennomførte min studie. Informantene snakket om svært dårlige pasienter og at de erfarte mange dødsfall. Denne utviklingen får konsekvenser for sykepleiernes kunnskapsmessige utfordringer, som innbefatter påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap. Utøvelse av faglig skjønn og samhandling med andre yrkesgrupper og ikke minst pårørende er vesentlig for å kunne utøve terminal pleie og omsorg. Omsorgen for terminale pasienter er både ressurskrevende og stiller krav til at pleiepersonalet har de nødvendige kunnskaper som er vesentlige for å kunne gjøre den siste fasen i livet verdig for pasientene og pårørende.

Mine informanter mente de ivaretok pasienter og pårørende i livets slutfase på en god måte, og at det viste seg gjennom pårørendes gode tilbakemeldinger. I følge Steindal og Sørbye (2010) var kun et mindretall av pårørende godt fornøyd med informasjonen og oppfølgingen de fikk fra sykepleierne, og at pårørende etterlyste mer faglært personell ved sykehjemsavdelinger. En annen studie viser til at sykepleierne vurderer oppfølgingen av pårørende som god og uproblematisk (Hofstad & Norvoll, 2003). Dette betyr at det kan være ulike oppfatninger om hvordan døende pasienter og deres pårørende blir ivaretatt ved sykehjem avhengig av hvem som utaler seg, og at det er forskjell på standarden ved de ulike sykehjem.

5.2 Sykepleiernes utfordringer

5.2.1 Bemanning og praksisfellesskapet

Bemanningen ved korttidsavdelingen ble av informantene beskrevet som marginal på grunn av flere forhold. Flere stillinger var ubesatt, det manglet fagpersonell slik at en del av staben besto av ufaglærte, og det var opp mot dobbelt så mange pasienter enn det som avdelingen var beregnet for. Jeg oppfattet situasjonen slik at det både var mangelen på antallet personell og mangel på nødvendig kompetanse ved korttidsavdelingen i tidspunktet for studien. Mine informanter snakket om at i helgene var bemanningen spesielt lav. Flere studier påpeker utfordringene med sykehjemmenes mangel på bemanning og innleie av

ufaglærte vikarer (Hofstad & Norvoll, 2003; Paulsen et al., 2004). Dette er forhold som har vært belyst over flere år, og som fortsatt er gjeldene ut fra beskrivelsen til mine informanter. Samtidig som sykehjemmene og spesielt korttidsavdelingen hadde fått ansvaret for «dårligere» pasienter med større behov for behandling og oppfølging, kan det se ut som at det ikke har foregått en tilsvarende oppjustering av bemanningen.

Praksisfellesskapet i korttidsavdelingen besto av sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte. Praksisfellesskapet kan defineres som en fleksibel gruppe av profesjonelle som uformelt er koblet sammen gjennom sitt arbeid der felleskap, mening, identitet og praksis formes og utvikles (Blåka & Filstad, 2007, s. 67). Det er i praksisfellesskapet at kunnskap og skjønn utvikles gjennom dialog og samarbeid (Alvsvåg, 2002). Ved korttidsavdelingen var personalets felles oppgaver og ansvar knyttet til omsorgen for pasientene. Ufaglærte, hjelpepleierne og sykepleierne hadde ulike ansvarsområder og arbeidsoppgaver. Det faglige fellesskapet er nødvendig for å opprettholde et kontinuerlig omsorgsansvar (Hamran, 1991). Praksisfellesskapet var tilstede i avdelingen, men når sykepleierne ble satt «på topp» ble deres oppgaver endret fra omsorgsansvar til en arbeidsdeling der sykepleierne var spesialistene og hadde sine bestemte oppgaver som krevde deres spesifikke kunnskap. De ble på en måte tatt ut av praksisfellesskapet. Hamran (1991) problematiserer dette ved å kalle det «effektiviseringens pris» og som hun sier, forutsetter det en bestemt måte å organisere arbeidet på. Skillet går mellom den som har, og den som ikke har kunnskap. Den som har kunnskap skal ordinere, mens de som ikke har kunnskap og oversikt skal utføre arbeidet (s. 163). Det var i stor grad det mine informanter refererte til når de snakket om at de savnet «fagfolk» i avdelingen. Sykepleierne i korttidsavdelingen måtte overlate ansvaret for den direkte pasientomsorgen, observasjoner og overvåking av pasientenes tilstand til ufaglærte som ikke hadde den nødvendige kunnskapen. De var da avhengige av at de fikk nødvendige tilbakemeldinger for å kunne vurdere og bedømme videre behandling, og om de måtte gå videre i dialog med lege. Hvis ikke de som er nærmest pasienten har den nødvendige kliniske kompetansen, kan viktige observasjoner overses og det kan igjen gå ut over sikkerheten for pasientene ved korttidsavdelingen. Slettebø et al (2010) stiller seg også kritisk til hvorvidt pasientene får den optimale behandling og omsorg når en så stor del av ansvaret for dette ble ivaretatt av personale uten spesielle kvalifikasjoner.

Sykepleierne i korttidsavdelingen hadde mange ansvarsområder, og representerte kontinuitet i avdelingen. Hamran (1991) sier at sykepleierne representerer kontinuiteten gjennom tilstedeværelse hele døgnet, og hun bruker begrepet sykepleierne som avdelingens lim. Dette, sier Hamran, henger sammen med sykepleiernes koordinering av eget og andres arbeid, og at de skal strukturere og samordne stadig nye oppgaver, altså det Orvik kaller organisatorisk kompetanse. Det så ut til at korttidsavdelingen over tid hadde fått flere arbeidsoppgaver som stilte krav til at sykepleierne måtte inneha nødvendig kunnskap og kompetanse for å kunne håndtere de nye oppgavene.

Når informantene snakket om at de likte de mange utfordringene som de erfarte på korttidsavdelingen kan det tyde på at de var trygge i sykepleierrollen og at de hadde de kunnskapene de trengte for å takle utfordringene. Sykepleierne i min studie hadde både lang erfaring som sykepleiere, noen også som tidligere hjelpepleiere, og de hadde også livserfaring. Livserfaring er beskrevet av Tunedal og Fagerberg (2001) som en viktig faktor for en personlig modenhet og trygghet i yrkesrollen.

Mine informanter snakket også om at de synes de fikk utvikle og brukt sine kunnskaper fordi det var så mange varierte arbeidsoppgaver de måtte håndtere. Ingstad (2010) fant i sin studie at sykepleierne opplevde det som positivt å få nye arbeidsoppgaver fordi deres kunnskaper og kompetanse ble verdsatt og at det gav motivasjon for arbeidet. Problemet var at de ikke hadde fått mer tid til å utføre den økte arbeidsmengden. Det samme syntes å være tilfelle når mine informanter snakket om sin arbeidssituasjon.

5.2.2 Tidsmangel

Mangel på tid til å rekke over alle arbeidsoppgavene var et gjennomgående tema blant informantene. Mine informanter kom også inn på at de så at kvaliteten ble dårligere fordi de ikke klarte å følge opp alt, og at de følte de gjorde en dårlig jobb på grunn av tidspresset. At sykepleierne i sykehjem opplever å ha for liten tid til oppfølging av den enkelte pasient er dokumentert av flere (Hofstad & Norvoll, 2003; Ingstad, 2010). Årsakene til sykepleiernes mangel på tid skyldes i hovedsak en opplevelse av lav bemanning i tillegg til flere arbeidsoppgaver. Mine informanter snakket om avdelingens

utfordringer med økt antall pasienter og en turnus som ikke var i samsvar med virkeligheten. Det var faktorer som førte til at de erfarte et økt tidspress og mindre mulighet til «å følge opp alt».

Orvik (2004) har sett på tid som en verdikonflikt i helseorganisasjoner. Han sier at tilstrekkelig tid og personale er forutsetninger for å oppnå nærhet og individualisering i pasientomsorgen. Kyndig behandling og omsorg trenger tid. Videre sier han at kampen om tiden kan sees ut fra ulike perspektiver. Profesjonstid omfatter tid som er gjenstand til fordeling av sykepleiernes arbeidsoppgaver, og produksjonstid er tid som går med til å produsere en tjeneste. I følge Ingstad (2010) viser det seg at sykepleierne kompenserer tidsmangelen med å kutte ut matpausen, og forlenge vaktene både i forkant og i etterkant for å rekke over arbeidsoppgavene. Det samme gjaldt mine informanter. De snakket om at de nå var blitt flinkere til å ta pauser, men det kom også frem at de ofte var på jobb ut over sin arbeidsdag for å rekke over for eksempel dokumentasjonen. De fikk ingen kompensasjon i form av overtid for forlenget arbeidstid. En slik praksis er ingen tjent med, og hvis det blir en «normal» praksis mener jeg det vil over tid føre til utbrenthet og at sykepleierne forlater avdelingen.

Tidsmangel og mangel på personell kan føre til at sykepleierne i stor grad bruker tid på tekniske oppgaver og dokumentasjon, og mindre tid på direkte pasientkontakt (Ingstad, 2010). De får etter mitt syn i større grad utviklet sine kunnskaper knyttet til ferdigheter, men muligheter for utvikling av fortrolighetskunnskap begrenses fordi deres arbeidsoppgaver knyttes til gjennomføring av prosedyrer og å følge regler. I følge Ingstad (2010) kan sykepleierne utvikle ulike mestringsstrategier for å kunne håndtere motsetningene mellom sykepleiens idealer og manglende ressurser. Ingstad fant at noen sykepleiere strakk seg langt for å kunne utøve god og individuell sykepleie samtidig som de ofte hadde dårlig samvittighet over det som ikke ble gjort. Andre sykepleiere resignerte i forhold til at de mente idealet for god sykepleie var umulig å oppnå, og de hadde tilpasset aktiviteten til de ressursen de hadde til rådighet. Noen av mine informanter mente at de ved å gå «på topp» førte til at de til slutt gjorde en god jobb med at de rakk over alle arbeidsoppgavene de hadde. Paulsen et al (2004) mener at det er fornuftig at sykepleiere i sykehjem skal frigjøres fra ikke medisinske oppgaver som blant annet stell av pasienter, og

heller arbeide ut fra en spisset medisinsk kompetanse. Det mener jeg vil være en uheldig utvikling fordi sykepleieren fjerner seg fra det som er deres særegne funksjon knyttet til direkte pasientomsorg, Utvikling av det faglige skjønn knyttes til refleksjon og vurdering av handlinger i møte med pasienten (Alvsvåg, 2002). Hvis sykepleierne blir tatt vekk fra den direkte pasientomsorgen og kun skal konsentreres seg om delegerte medisinske oppgaver, vil grunnlaget for utvikling av klinisk kompetanse og skjønn reduseres, og vil føre til redusert pleiefaglig nivå.

5.3 Kunnskapsutvikling

5.3.1 Uformell læring

Mine informanter i korttidsavdelingen beskrev muligheten for læring og kunnskapsutvikling gjennom «å lære av hverandre». Læringen var knyttet til bestemte arbeidsoppgaver i det daglige arbeidet ved korttidsavdelingen. Sykepleierne snakket om «å hjelpe hverandre» knyttet til konkrete prosedyrer der de var usikre på gjennomføringen og trengte en mer erfaren kollega til å vise korrekt fremgangsmåte. Læringen var uformell, individuell og kontekstuell. Denne formen for uformell læring knyttet til daglige gjøremål eller kollegalæring er beskrevet av flere som den viktigste måten å lære på i sykehjem. Læringen foregår i observasjon av andre mer erfarne eller kompetente kollegaer og dialogen mellom arbeidskollegaer (Brenden et al., 2011; Fottland, 2011).

Sykepleierne ved korttidsavdelingen var ofte alene sykepleier på vaktene, og hadde ikke noen andre fagpersoner eller erfarne kollegaer å diskutere med hvis de hadde behov for det. Noen av informantene sa de valgte å komme utenom arbeidstid for å få mulighet til læring fra en kollega. Det så ut til at denne formen for læring var knyttet til den enkeltes ønske og behov for mer spesifikk ferdighetskunnskap. Det virket også som at det ved korttidsavdelingen var et arbeidsmiljø der det var en vilje til læring og en åpenhet i forhold til det som en av informantene nevnte – « *man må være ydmyk i forhold til egen kompetansebegrensning*». Både det å innse at de manglet kunnskaper i forhold til konkrete oppgaver, og det å be om opplæring krever kunnskap, trygghet og erfaring. Kunnskapsutvikling er kollektiv gjennom kulturen og dialogen i et praksisfellesskap (Hamran, 1991; Molander, 1996). Det er i praksisfellesskapet læring og

kunnskapsutvikling i hovedsak foregår (Blåka & Filstad, 2007). Det så ut til at korttidsavdelingen hadde en kultur og et praksisfellesskap som bidro til at «læring av hverandre» var en naturlig del av deres arbeid. Men når læringen blir den enkeltes ansvar og at den i noen tilfeller også gjennomføres på sykepleiernes fritid, blir det som Thidemann (2005) benevner som «*den sårbare læringsarena*». Læringen blir i stor grad personavhengig og inngår ikke som et strukturert opplegg for oppjustering av kompetansen til personalet som helhet.

Refleksjon ble i følge mine informanter benyttet som læring knyttet til dødsfall i avdelingen der de samlet personalet for å gå gjennom hendelsesforløpet. Utover denne praksisen knyttet til bestemte hendelser, hadde de ikke noen felles møtefora der de kunne diskutere og reflektere sammen. Dette ble poengtert når det ble gjort en oppsummering av hvordan de opplevde å delta i fokusgruppeintervjuene. Flere av informantene sa da at det hadde vært positivt at de kunne sitte sammen og diskutere, fordi det hadde de ellers ikke muligheter til utover rapportene i vaktskiftene.

En refleksjon over handling skjer i en dialogisk prosess og er med på å skape ny mening eller forståelse av situasjonen som igjen er med på utvikling av ny kunnskap og skjønn (Molander, 1996). Uten felles refleksjon blir sykepleiernes kunnskapsutvikling individuell og ikke forankret i et praksisfellesskap. For at sykepleierne skal kunne utvikle det faglige skjønn er muligheten for refleksjon og deling av hverandres erfaringer av betydning. Det gode skjønn utvikles sammen med medskjønnere og prøves ved andres vurdering og bedømmelse (Alvsvåg, 2002). Når mine informanter snakket om «å være alene på» tyder det på at de hadde få muligheter for å dele sine vurderinger med andre sykepleiere.

En arena der det var mulighet for diskusjon og dialog var den daglige rapporten ved vaktskiftet. Informantene i den ene fokusgruppen snakket om den muntlige rapporten som en god arena for læring, spesielt for hjelpepleierne og de ufaglærte. Andre studier viser også at den muntlige rapporten kan være en læringsarena hvis rapporten har et faglig fokus med muligheter for diskusjon og refleksjon (Skaalvik et al., 2010). Når tiden for den muntlige rapportering kuttet ned på, vil muligheten for diskusjoner, felles refleksjon og

formidling av kunnskap i praksisfellesskapet reduseres. Sykepleiernes kunnskaper og erfaringer risikerer å forbli taus og uartikulert.

5.3.2 Formell læring

Ansvar for læring var som jeg oppfattet det i hovedsak tillagt den enkelte og ikke forankret i ledelsen ved avdelingen. Den enkelte sykepleier definerte sitt behov for hva hun måtte lære seg, og tok selv initiativet for å få hjelp fra andre. Formell læring karakteriseres ved planlagte læringstiltak der bant annet forelesning, veiledning og hospitering kan være noen av tiltakene (Lai, 2004). Felles for strukturerte og planlagte tiltak for kompetanseutvikling er at det krever planlegging og organisering, og dette har enhetens ledelse ansvar for (Vrenne, 2007).

Den formelle læringen i korttidsavdelingene ble av informantene beskrevet som svært begrenset, og de snakket om enkelte felles opplæringstiltak som var formalisert. Dette sammenfaller med resultater fra andre studier der det ble funnet at sykehjem mangler strategier for kompetanseutvikling (Brenden et al., 2011; Fottland, 2011; Josefsson et al., 2007, 2008). Paulsen et al (2004) fant at sykepleiere i sykehjem savner felles arenaer for kompetanseutvikling, refleksjon og veiledning og at disse arena bør styrkes. Brenden et al (2011) mener at kartlegging av kompetansebehov med planer for kompetanseutvikling sikrer at læringen blir integrert i hele organisasjonen.

Når korttidsavdelingen over tid hadde fått flere oppgaver som sykepleierne mente forutsatte mer kunnskap, ville det være viktig med kartlegging av hvilke tiltak som var nødvendig for å kunne utvikle kunnskapene til sykepleierne og det øvrige personalet. Det så ut til at det var behov for mer påstandskunnskap i forhold til det sammensatte sykdomsbilde mange av pasientene hadde på korttidsavdelingen. I forhold til økningen av spesielle prosedyrer og tekniske hjelpemidler så det ut til at det var behov for utvikling av ny ferdighetskunnskap. Kunnskapsutvikling vil ha stor betydning både i forhold til at personalet skal kunne utføre en faglig god jobb, bidra til å beholde sykepleierne på sykehjemmet og være grunnlag for rekruttering av personell.

5.4 Rekruttering

Det kom frem i min studie at sykepleiere med lite erfaring hadde sluttet ved avdelingen på grunn av utrygghet. En nyutdannet sykepleier har en grunnutdanning beskrevet i «Rammeplan for sykepleierutdanning» (2008) som danner utgangspunktet for å kunne praktisere som sykepleier. Kunnskapen vil være på et generelt og grunnleggende nivå. Gjennom grunnutdanningen har sykepleierne tilegnet seg kunnskap som inneholder en basis av påstandskunnskap og ferdighetskunnskap. De har gjennom korte praksisperioder startet utviklingen av sin fortrolighetskunnskap. Utvikling av kunnskap etter avsluttet utdanning er avhengig av praksisfellesskapet og samhandling med erfarne kollegaer (Thidemann, 2005). Fortrolighetskunnskapen utvikles over tid gjennom erfaring, dialog og refleksjon over handling sammen med kollegaer (Molander, 1996). Når en sykepleier på korttidsavdelingen mangler et praksisfellesskap med erfarne kollegaer og muligheter for diskusjon og refleksjon, blir mulighetene for utvikling av kunnskap utilstrekkelig og det kan føre til utrygghet.

Orvik (2004) beskriver realitetssjokket eller kulturkollisjonen som nyutdannede sykepleiere kan oppleve i møte med arbeidsplassen. Utdanningene vektlegger verdier som helhetlig og individualisert sykepleie, mens arbeidsplassen stiller krav om økonomisk effektivitet og standardisering av arbeidsoppgaver. Sykepleiere er lite forberedt på at dette kan bli en realitet, og de bruker mye energi for å takle dette krysspresset (s. 20). Thidemann (2005) fant at en av årsakene til at sykepleierne sluttet eller skiftet arbeidssted var at arbeidsoppgavene ikke var forenelig med tilgjengelig ressurser. Ingstad (2010) presiserer at for at sykehjemmene skal kunne rekruttere sykepleiere, er det viktig at de skal kunne oppleve at de mestrer arbeidssituasjonen uten at de skal tøyne grensene for hva de makter. Tunedal og Fagerberg (2001) går så langt som å si at det kan også tyde på at nyutdannede sykepleiere ikke er velkomne innen eldreomsorgen fordi de mangler de kunnskapene som er nødvendig, og at erfaring har større verdi enn tradisjonell utdanning. De mener at sykepleierne som skal jobbe på sykehjem også trenger erfaring fra spesialisthelsetjenesten, fordi det gir et kunnskapsgrunnlag sykepleierne som trenger for å kunne jobbe selvstendig. I følge Tunedal og Fagerberg er ikke nyutdannede sykepleiere

uten erfaring i stand til å stå i situasjoner der sykepleierne alene må gjøre selvstendige beslutninger og bruke skjønn.

Manglende ressurser i korttidsavdelingen og praksisen med å sette sykepleierne «på topp» førte til at sykepleierne fikk en ekstra presset arbeidssituasjon. Mine informanter snakket om de sykepleierne som hadde valgt å «flytte». Årsaken til at de hadde valgt å komme seg bort fra avdelingen var basert på uttalelser fra de øvrige informantene og mine antagelser. Det er grunn til bekymring i forhold til hvordan korttidsavdelingen skal kunne rekruttere nye sykepleiere med de utfordringene og kravene til erfaring som kom frem gjennom informantenes beskrivelser av sin arbeidssituasjon.

5.5 Studiens troverdighet og overførbarhet

For å kunne vurdere troverdigheten i kvalitativ forskning må en å se på i hvilken grad de resultater som er fremkommet er pålitelige, gyldige og overførbare (Drageset & Ellingsen, 2010).

Påliteligheten handler om en vurdering av hvordan data er fremkommet og utviklet i løpet av forskningsprosessen. Det innebærer blant annet refleksjon over konteksten for datainnsamlingen, og hvordan relasjonen til informantene kan influere på informasjonen som fremkommer (Thagaard, 2009, s. 198-200). Jeg har i studien beskrevet egen forforståelse i forhold til min tidligere erfaring fra klinisk praksis og min nåværende arbeidssituasjon. Siden jeg er sykepleier og skulle intervju sykepleiere, kan det anses som forskning i eget felt (Paulgaard, 1997). En styrke var at egen faglig bakgrunn var en forutsetning for innsikt i sykepleiernes beskrivelse av sin arbeidssituasjon ved korttidsavdelingen. En svakhet var at sykepleierne i noen tilfeller unnlot å presisere forhold som de mente var «innforstått», og at jeg som forsker ikke oppfattet der og da at det kunne vært nyttig med videre oppklarings spørsmål.

Jeg valgte fokusgruppeintervju som datasamlingsmetode for i større grad enn individuelle intervju kunne få utdypet sykepleiernes felles forståelse og beskrivelse av deres arbeidssituasjon ved korttidsavdelingen. Jeg mener det gav studien et rikere materiale enn

om jeg hadde valgt en annen metode som for eksempel individuelle intervju. Ved begge fokusgruppeintervjuene ble det benyttet samme intervjuguide. I og med at bruk av fokusgrupper legger opp til en diskusjon mellom deltagerne, ble det noe ulikt fokus i de to gruppene til tross for at temaene i intervjuguiden var likt. At temaene ble diskutert ulikt i fokusgruppene mener jeg bidro til variasjon og bredde i datamateriale. Jeg hadde med en assistent under gjennomføringen av intervjuene. Det mener jeg var en styrke fordi hun bidro til innspill i forhold til videre oppklaring av informantenes uttalelser, og ble en viktig diskusjonspartner i etterkant av intervjuene.

Jeg valgte å gjennomføre studien i en mindre kommune. Det er flere sykehjem i kommunen, men kun ett sykehjem med en korttidsavdeling. Det viste seg at jeg hadde kjennskap til flere av deltagerne i fokusgruppene fra tidligere, både gjennom min tidligere jobb ved sykehuset, og også som høgskolelærer. Ved at jeg valgte fokusgruppeintervju med flere personer involvert, mener jeg det ikke påvirket diskusjonen i nevneverdig grad.

Gyldigheten i en studie innebærer blant annet at forskeren viser til grunnlaget for fortolkninger av data gjennom å redegjøre for hvordan analysen er gjennomført og bidrar til resultatet av studien (Thagaard, 2009). Fokusgruppeintervjuene ble transkribert ordrett, og ga et rikt tekstmateriale som grunnlag for den videre analysen. Diskusjonene i fokusgruppene tok i noen tilfeller «avstikkere» fra temaene, og ga data som ble litt på siden av det som var temaet. Noe av datamateriale ble derfor utelatt fordi det ikke hadde relevans i forhold til oppgavens problemstilling.

Jeg har redegjort for alle steg i analyseprosessen, og illustrert dette gjennom noen eksempler på hvordan temaer og kategorier er fremkommet. I mitt arbeid med analysen har jeg underveis diskutert med min assistent i fokusgruppeintervjuene og min veileder for å få innspill i forhold til min tolkning av materiale. Jeg har i presentasjonen av materialet løftet frem informantenes stemmer gjennom bruk av sitater.

Gyldighet handler også om hvorvidt studien kan forankres i eksisterende teorier og forskning (Thagaard, 2009, s. 204). Det innebærer en oversiktlig redegjørelse for hva som allerede finnes av kunnskap på feltet. I arbeidet med gjennomgang av tidligere forskning

har det vist seg at det finnes betydelig mengder artikler tilgjengelig som berører forhold ved sykehjem. Mitt valg av søkeord kan ha begrenset treff på relevante studier.

Overførbarhet i kvalitative studier handler om hvorvidt resultatet av studien kan være relevant i andre situasjoner (Thagaard, 2009, s. 190). Overførbarheten handler også om gjenkjennelse ved at personer som har erfaring med fenomenet kan kjenne igjen de tolkninger som er formidlet i teksten. Jeg gjennomførte min studie ved ett sykehjem og mine informanter i de to fokusgruppene var ansatt ved samme korttidsavdeling. Det betyr at utvalget var lite og begrenset seg til en institusjon, og at studien ikke kan overføres til å gjelde andre korttidsavdelinger. Det at noe av forskningen utført ved andre sykehjem har liknende funn tyder på at noen av funnene og diskusjonen kan være aktuelle for andre sykehjem.

6 Avslutning

Studiens hensikt har vært å undersøke hvilke kunnskapsmessige utfordringer som ligger i sykepleiernes arbeid på en korttidsavdeling i sykehjem. Materialet viser at sykepleierne ofte var alene om å gjøre bedømmelser og vurderinger hos pasienter som har sammensatte og komplekse behandlings - og rehabiliteringsbehov. For å være i stand til det trengte sykepleierne et fundament av påstandskunnskap, ferdighetskunnskap og fortrolighetskunnskap for å kunne utøve faglig skjønn. Informantene hadde alle lang yrkeserfaringer og livserfaring som så ut til å ha stor betydning i forhold til trygget i yrkesrollen. Sykepleiernes oppgaver i forhold til samarbeid, koordinering og arbeidsorganisering viser at den organisatoriske kompetansen var en viktig del av sykepleiernes kompetanse. Sykepleierne hadde utfordringer både i forhold til oppfølgingen av pasientene i avdelingen, og at bemanningen var marginal og ikke stod i forhold til arbeidsoppgavene på tidspunktet studien ble gjennomført.

Samhandlingsreformens føringer i forhold til at kommunene får økt ansvar for oppfølging og videre behandling av alvorlig syke og pleietrengende pasienter, forutsetter tilstrekkelig kunnskap og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Min studie viser at det på det tidspunktet ikke så ut til at det var satt i verk nødvendige tiltak for å styrke kompetansen i korttidsavdelingen. Det viste seg også at avdelingen fikk økt antall pasienter med komplekse problemstillinger samtidig som personalmangel, lav legedekning og mangel på fagfolk var en stor utfordring. For at samhandlingsreformen skal lykkes fremheves det at det må arbeides med kompetanse i forhold til å kunne rekruttere og beholde personalet. Virkemidler som blir nevnt er gode faglige arbeidsmiljøer, god grunnbemanning, hensiktsmessig bemanningssammensetning og muligheter for fagutvikling (St.meld.nr.47 (2008-2009), 2009, s. 125). Min studie viser at kommunen fortsatt har mange uløste oppgaver i forhold til arbeidet med kompetanseutvikling og rekruttering av fagpersonell.

I studien fremkommer en antagelse om utrygghet som begrunnelse for at sykepleiere med liten erfaring hadde valgt å slutte ved korttidsavdelingen. Et forslag til videre studier vil være en nærmere undersøkelse av hva disse sykepleierne faktisk beskriver som årsaker til at de ikke ønsket å jobbe videre ved korttidsavdelingen. I tillegg mener jeg at studien viser at sykepleierutdanningen må se på hvordan nyutdannede sykepleiere skal bli best mulig i

stand til å møte de kunnskapsmessige utfordringene som finnes i eldreomsorgen generelt, og spesielt ved korttidsavdelingen ved sykehjemmet.

7 Litteratur

- Alvsvåg, H. (1997). *Sykepleie - mellom vitenskap og pasient*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Alvsvåg, H. (2002). Klinisk skjønn. I I. T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 208-222). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørk, I. T. (2002). Kompetanse i sykepleie. I I. T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 193-207). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blåka, G., & Filstad, C. (2007). *Læring i helseorganisasjoner*. Oslo: Cappelen.
- Brenden, T. K., Storheil, A. J., Grov, E. K., & Ytrehus, S. (2011). Kompetanseutvikling i sykehjem - ansattes perspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 1, 61-75.
- Carrier, J., Hansen, C. O., & Blakey, J. A. (2010). Experiences of nursing in older care facilities in New Zealand. *Australian Health Review*, 34, 11-17.
- Danielsen, B. V., & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien forskning*, 5, 28-34.
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativ forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332-335.
- Fottland, A. S. (2011). *Kunnskapsutveksling i det daglige arbeidet - er det rom for dette i norske sykehjem?* Masteroppgave, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Garåsen, H., Kaasa, S., Røstad, T., & Broen, P. (2005). Spesialiserte korttidsplasser i sykehjem - Trondheims-modellen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 11, 1503 - 1505.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hallin, K., & Danielson, E. (2007). Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1221-1230.

- Hamran, T. (1991). *Pleiekulturen: en utfordring til den teknologiske tenkemåten*. Oslo: Gyldendal.
- Hofstad, G. E., & Norvoll, R. (2003). Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. STF78A033501: SINTEF Helse.
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem - idealer og realiteter. *Vård i Norden*, 30, 14 - 17.
- Johannessen, K. S. (1999). *Praxis och tyst kunnsande*. Stockholm: Dialoger.
- Josefsson, K., Sonde, L., & Wahlin, T.-B. R. (2007). Registered nurses' education and their views on competence development in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 245-258.
- Josefsson, K., Sonde, L., & Wahlin, T.-B. R. (2008). Competence development of registered nurses in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 428-441.
- Karlsson, I., Ekman, S.-L., & Fagerberg, I. (2009). A difficult mission to work as a nurse in a residential care home - some registered nurses' experiences of their work situation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 265-273.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo: Kunnskapsdepartementet
Hentet 21.06.12 fra
http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf.
- Kvaase, I. E. (1999). Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester- analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. SHD - Rapport, Hentet 12.05.12 fra
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/1999/i-0971-b.html?id=87485
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2008). Kvalitativ innhållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Løkta. Interkommunal kvalitetsutviklingsenhet for helse- og sosialtjenesten i Midt-Troms. (2011). Arbeidsgruppe Intermediære senger. Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen: Utviklingssenteret AS.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribes.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling* (2 utg.). Göteborg: Daidalos.
- Mood, T. (2009). *Rehabilitering i sykehjem*. Masteroppgave, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Norsk sykepleierforbund. (2008). Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag [Brosjyre], Hentet 03.05.12 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf>
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Otterstad, H. K., & Sorteberg, K. (2008). Alvorlig syk - og utskrivningsklar. *Sykepleien*, 96(1), 34-36.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utefra eller begge deler? I Erik Fossåskaret, Otto Laurits Fuglestad & T. H. Aase (Red.), *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data* (s. 70-93). Oslo: Universitetsforlaget.
- Paulsen, B., Harsvik, T., Halvorsen, T., & Nygård, L. (2004). Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. STF78A045006: SINTEF helse.
- Plochg, T., Delnoij, D. M., van der Kruk, T. F., Janmaat, T. A., & Klazinga, N. S. (2005). Intermediate care: for better or worse? Process evaluation of an intermediate care model between a university hospital and a residential home. *BMC Health Services Research*, 5.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8. utg.) Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Räikkönen, O., Perälä, M.-L., & Kahanpää, A. (2007). Staffing adequacy, supervisory support and quality of care in long-term care settings: staff perceptions. *Journal of Advanced Nursing* 60(6), 615-626.
- Seymour, J. E., Kumar, A., & Froggatt, K. (2010). Do nursing homes for older people have the support they need to provide end-of life care? A mixed methods enquiry in England. *Palliative Medicine*, 25(2), 125-138.
- Skaalvik, M. W., Normann, H. K., & Henriksen, N. (2010). To what extent does the oral shift report stimulate learning among nursing students? A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2300 - 2308.

- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4 utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M., & Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes-a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 533-540.
- St. meld. nr 25 (2005-2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. . Oslo: Helse og omsorgsdepartementet Hentet 10.06.12 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>.
- St.meld.nr.47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. . Oslo: Helse og omsorgsdepartementet Hentet 10.06.12 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>.
- Stamsø, M. A. (2009). New public management - reformer i offentlig sektor. I M. A. Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring: norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (2 utg., s. 67-85). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Steindal, S. A., & Sørbye, L. W. (2010). Er sykehjemmet et verdig sted å dø? *Sykepleien Forskning*, 5, 138-145.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thidemann, I.-J. (2005). Den sårbare læringsarenaen - om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. *Vård i Norden*, 25, 10-15.
- Tingvoll, W.-A., & Sæterstrand, T. (2008). Sats på rehabilitering. *Sykepleien*, 13, 84-85.
- Tingvoll, W.-A., Sæterstrand, T., & Fredriksen, S.-T. D. (2010). Kompetanse i tiltakskjeden - avdelingslederes erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus. *Vård i Norden*, 30, 29-33.
- Tunedal, U., & Fagerberg, I. (2001). Sjuksköterska inom äldreomsorgen - en utmaning. *Vård i Norden*, 21, 27-32.
- Vrenne, Å. B. (2007). Ledelse av sykepleiefaglig kompetanseutvikling i sykehus: Hva skal til? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2, 56-69.
- Whittaker, E., Kernohan, W. G., Hansson, F., Howard, V., & McLaughlin, D. (2006). The palliative care education needs of nursing home staff. *Nurse Education Today*, 26, 501-510.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Vedlegg 1

Til enhetsleder

Forespørsel om å få gjennomføre fokusgruppeintervju ved ... sykehjem

Jeg er masterstudent i helsefag ved Universitetet i Tromsø og er nå i gang med avsluttende masteroppgave. Oppgaven beregnes ferdig våren 2012. Målsetting med min studie blir å få innsikt i hvordan sykepleierne på et sykehjem arbeider med korttidspasienter med mange og sammensatte lidelser. Jeg ønsker samtidig å studere hvilke krav til kunnskap og kompetanse de står over for i lys av organisatoriske endringer i helsevesenet.

Jeg planlegger å gjennomføre to fokusgruppeintervju med sykepleiere som har erfaring i arbeide med korttidspasienter i sykehjemmet. Sykepleiere som er aktuelle for fokusgruppene bør ha erfaring med korttidspasienter i minimum et år. Jeg ønsker ikke å inkludere ledere i fokusgruppene. Intervjuene planlegges gjennomført på sykehjemmet.

Jeg ber om hjelp til å rekruttere sykepleiere som kan være aktuelle for deltagelse i samtale om erfaringer med korttidspasienter i sykehjemmet. Det bør være minst fire sykepleiere i hver gruppe. Jeg ber deg om å formidle vedlagt informasjonsskriv til aktuelle sykepleiere. De som kan tenke seg å delta bes om å returnere samtykkeerklæringen til undertegnede i vedlagt svarkonvolutt. Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene planlegges gjennomført i løpet av september måned.

Opplysninger som fremkommer i gruppeintervjuene vil bli behandlet konfidensielt ved at både sykehjemmet, informantene og eventuelle eksempler blir anonymisert i masteroppgaven, og lydopptakene slettes når oppgaven er ferdig våren 2012.

Studien er meldt Personvernombudet for forskning, norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste A/S.

Hvis du har spørsmål om studien eller andre forhold vedrørende dette, ta kontakt med meg eller min veileder førsteamanuensis Siri Moe Universitet i Tromsø Tlf 77 64 52 65

Med hilsen
Karin Ravn Pedersen

Vedlegg:

Informasjonsskriv til sykepleierne om deltagelse i fokusgruppeintervju og 10 stk ferdigfrankerte konvolutter.

Vedlegg 2

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

”Hva mener sykepleierne kreves av kunnskaper i arbeidet med korttidspasienter i sykehjem?”

Jeg er masterstudent i helsefag ved Universitetet i Tromsø og er nå i gang med avsluttende masteroppgave. Temaet for oppgaven er korttidspasienter i sykehjem i lys av nye helsereformer. Oppgaven beregnes ferdig våren 2012.

Jeg er interessert i å snakke med sykepleiere som arbeider med korttidspasienter i sykehjemmet, og høre hva som er viktig å kunne i arbeidet med pasienter over en kort tidsperiode. Spesielt gjelder dette pasienter som kommer fra sykehus til korttidsopphold.

Du er derfor en av de som er forespurt om å delta i studien. Dersom du samtykker til å delta i intervju, vil dette foregå som gruppeintervju med 3-4 andre sykepleiere. Jeg vil lede gruppeintervjuet sammen med en assistent. Intervjuet blir tatt opp på digital lydopptaker, og min assistent vil ta notater underveis. Varighet for intervjuet er 1 – 1,5 time. Sted og tidspunkt for dette vil bli avtalt seinere. Det er frivillig å delta og du kan når som helst trekke deg underveis uten å måtte begrunne dette nærmere.

Prosjektet er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), og deres regler om oppbevaring og makulering av data vil bli overholdt.

Opplysninger som fremkommer i gruppeintervjuet vil bli behandlet konfidensielt ved at alt som fremkommer anonymiseres og lydopptakene slettes når oppgaven er ferdig våren 2012. Det forutsettes også at det som fremkommer av synspunkter under intervjuet holdes innen gruppa. Hvis du kunne tenke deg å delta i et gruppeintervju, kan du skrive under på vedlagt samtykkeerklæring og sender den til meg i vedlagt svarkonvolutt innen en uke.

Hvis du har spørsmål om studien eller andre forhold vedrørende dette, ta kontakt med meg eller min veileder førsteamanuensis Siri Moe UiT

Karin Ravn Pedersen
krpe@hin.no
Tlf 91795983
Med hilsen

Siri Moe
siri.moe@uit.no
Tlf 77645265

Karin Ravn Pedersen

Vedlegg 3

Samtykke til deltagelse i forskningsprosjektet

”Hva mener sykepleierne kreves av kunnskaper i arbeidet med korttidspasienter i sykehjem?”

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet og ønsker å delta i et gruppeintervju. Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg uten å oppgi grunn.

Jeg er informert om at intervjuet blir tatt opp på digital lydopptaker og at det vil være en medhjelper tilstede.

.....
Sted

.....
Dato

.....
Navn

.....
Telefon

.....
Mail adresse

Intervjuguide

Hovedspørsmål 1 - Sykepleiefaglige utfordringer

Kan dere fortelle om den siste pasienten dere fikk overført fra sykehuset til korttidsavdelingen?

Hjelpespørsmål:

- Var pasienten definert som utskrivningsklar fra sykehuset?
- Var det en klar ”bestilling” om hvilken type oppfølging pasienten skulle ha videre, og på hvilken måte fikk dere disse opplysningene?
- Hvilken type sykepleiefaglige utfordringer hadde pasienten?
- Var disse kjent og eller beskrevet?
- Kan dere gi eksempler på andre pasienter i korttidsavdeling der det har fungert mindre bra / bedre

Hovedspørsmål 2 – Hva kreves av kompetanse

Hva er nødvendig sykepleiefaglig kompetanse i forbindelse med omsorg og behandling til pasientene i korttidsavdeling?

Hjelpespørsmål:

- Er det noen som tenker andreledes om dette?
- Kan dere nevne en situasjon / eksempler der det dere sier om kompetanse har hatt betydning?
- Hvordan tilegner dere denne kompetansen?
- Kan dere si om kravene til hva dere skal ha av kompetanse har endret seg?

Hovedspørsmål 3 – samarbeid og organisering innad i korttidsavdelingen

Hvordan fungerer samarbeidet mellom de ulike yrkesgruppene i sykehjemmet når det gjelder oppfølgingen av korttidspasienter?

- I hvilken grad lages det en plan for oppholdet?

- Hvilken type dokumentasjon og kartleggingsverktøy benyttes?

Hovedspørsmål 4 - samarbeid utenfor sykehjemmet

Har dere samarbeid med sykepleierne på sykehus og i tilfelle hvordan fungerer det?

Hvordan samarbeider dere med hjemmesykepleien og evt tildelingskontoret når pasienten skal ut fra korttidsavdeling?

Hva tenker dere om **samhandlingsreformen**?

Er det noe mer dere har å tilføye?

Avslutte med å spørre hvordan de har opplevd å være med på dette fokusgruppeintervjuet

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagre gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Siri Moe
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 19.08.2011

Vår ref: 27648 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.07.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27648	<i>Hva mener sykepleierne kreves av kunnskaper i arbeidet med korttidspasienter i sykehjem?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Siri Moe
Student	Karin Ravn Pedersen

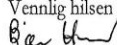
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Karin Ravn Pedersen, Sandmyrveien 1, 8516 NARVIK

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svana@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 27648

Personvernombudet finner informasjonsskrivet til utvalget tilfredsstillende.

Prosjektslutt er 01.06.12. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Koblingsnøkkel og lydopptak slettes, indirekte personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.